Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

BIOMEDICAL LIBRARY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

und laryngo-rhinolog

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien.**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München.**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien.**

27

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Berlin 1898.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstrasse 32.

Digitized by Google

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Abscess des unteren Nasenganges. dentalen Ursprungs 377.
Abscesse, extradurale, nach Otitis, über 46.
Abductor und Abductorfasern des Nervus laryngeus inferior, die 134.
Adenoide Vegetation beim Kinde 242.
Akumetermodell. über ein neues electrisches 341.
Aluminium-Verbindungen in Nase und Hals, die Anwendung einiger neuen 285.
Ambosscaries und Ambossextractionen 340.
Anatomie des Ohres. Beiträge zur pathologischen 338.
Angina, die Ludwig'sche 378.
—. über die periodische 308.
—. drei Fälle von primärer brandiger 52.
Anosmie, ein Fall von 107.
— nach intranasalen Operationen 204.
Antipyrin, locale anästhetische Wirkung, seine Anwendung bei Pharynx- und Larynxleiden 55.
Antisepsis oder Asepsis in der Nasenchirurgie 104.
Aphonie und Dyspnoe, spasmodische 52.
Apparat zum Photographiren des Larynx, ein neuer 279.
— zur Gymnastik des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen 281.
Asthenopie und Cephalalgie, von der Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel herrührend. ein Fall von 341.
Augen- und Nasenkrankheiten. Beziehungen gewisser 231.

Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1889 bis 31. März 1890 373.
Blutcyste der Glandula thyreoidea. drei Fälle von 346.
Bromäthyl und Jod, Anästhesie mit 55.
— und seine Anwendungsweise, allgemeine Anästhesie mit 208.
— Anästhesie mittelst 247.
— Wirkung des 248.
Bulbus der Vena jugularis interna bei Paracentese des Trommelfelles. ein Fall von 48.

Cantharidinsaure Natrontherapie. Beiträge zur Kenntniss der 106.
Carcinom des Sinus pyriformis, primäres, einen Fremdkörper des Larynx vorspielend 379.
Caries der ganzen Schläfenbeinpyramide 274.
Cholesteatom. Radicaloperation mittels Anlegung breiter permanenter Oeffnungen gegen den Gehörgang und gegen die retroauriculare Region 69.
Chromsäure, Behandlung der Pharyngomycosis leptothritia mittels 378.
Chromsäurelösung gegen chronische Mittelohreiterung, über die Anwendung einer dreiprocentigen 239.
Clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean 102.

1517624

Digitized by Google

Cocainismus 348.
Corrosionsapparate des Ohrlabyrinthes. eine neue Methode zur Gewinnung 275.
Coryza professionalis. über eine noch nicht beschriebene Form von 130.
Croup bei einem 11monatlichen Kinde 346.
— oder Diphtheritis der Nase 38.

Differentialdiagnose zwischen Stottern und den übrigen Sprachstörungen 306.
Dilatationssonden in der Rhinochirurgie, über den Gebrauch der 149.
Diphtheritis oder Croup der Nase 38.
— mit Erysipel verbunden 53.
Durchleuchtung der Kiefer- und Stirnhöhle, nochmals die 349.
Dysphagie bei Behandlung von Syphilis. Werth der 109.

Empyem des Sinus frontalis. über das 131.
— des Sinus maxillaris nach totaler Tamponade der linken Nasenhöhle 242.
— des Sinus frontalis dextri ohne nachweisbare Ursache. latentes 303.
— der Stirnhöhle. 73.
Epithelioma des oberen Theiles der Speiseröhre 53.
Erdrosselung eines Erwachsenen mit ausgedehnter Fractur des Kehlkopfes, ein Fall von mörderischer 279.
Erhängen, Experimentalstudie über den Tod durch 308.
Erkrankung des Ohres bei Influenza 240.
Ernennung 139.
Erysipelas, ungewöhnlicher Weise mit intensiver Glossitis beginnend 204.
Europhen bei Hals- und Nasenleiden 241.
Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen, über die Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der 14.
Exstirpation des Schlundes, des ganzen Larynx, des Corpus thyreoïdeum und der obersten Trachealringe 53.
Extraction einer in die Choanen eingedrungenen Haarnadel 49.
— einer Rowleystecknadel mittelst der Mackenzie'schen Zange aus dem Larynx 278.

Fischgräten im Halse, practische Winke für die Diagnose und die Behandlung der 109.
Fossa jugularis und die Knochenlücken im Boden der Paukenhöhle 339.
Fractur der Cartilago thyroidea durch directen Insult 378.
Fremdköper der Bronchien 52.
— im Larynx 54. 344.
— in der Lunge 55.
— im Larynx festsitzend 79
— der Speiseröhre 111. 138.
— im Kehlkopf. Perforation der Cart. thyr. und Abscessbildung nach aussen 123.
— unregelmässiger, der Verdauungsorgane, mittelst Kartoffelnahrung ausgestossen 138.
— in der Kieferhöhle nebst Bemerkungen zur Therapie der sogen. Kieferhöhlenempyeme, merkwürdiger Fall von einem 187.
— im Darmtractus, drei Fälle von 207.
— in der Nase 341.
Fremdkörpergefühl im Schlund und Kehlkopf durch Cocainwirkung beseitigt 278.

Gangränöse Gingivitis bei Erwachsenen 108.
Gaumen, angeborene Kürze d. harten 304.
Gefahr, welche von Tuberkulosen bewohnte Locale für die Contagion bilden, über die 171.
Gefühl einer Stecknadel im Halse 305.
Gehörgang äusserer, Abhängigkeitsverhältniss der Form desselben von der Schädelform 57.
—, Tafel des menschlichen in Farbendruck 312.
Gerüche, über das Minimum von Empfinden einiger 203.
Geschmacksempfindung des Gaumens 132.
Geschwülste der Ohrmuschel 273.
Geschwüre des Pharynx und des Larynx während Typhus 49.
Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg 1893, 65. Versammlung der 362.
Glandulae thyroideae accessoriae, zur Function der 137.

Digitized by Google

Glasstück, Entfernen eines, 21 Monate im Halse sich befindenden 79.
— in der Höhe des Einganges der Speiseröhre und des Respirationstractus 347.
Gummöse Tuberculose der Zunge 342.

Hammer-Amboss-Extraction mit besonderer Rücksicht auf die Diagnose der Ambosscaries, Mittheilungen über die 70.
Hals und Nase als Krankheitsquellen für das Mittelohr, Behandlung des 26.
Halsabscess, tiefer, mit acuten laryngealen Symptomen 50.
Hautemphysem von der Tracheotomie bei einem croupkranken Kinde, allgemeines subcutanes 347.
Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Hörfähigkeit, über 372.
Husten von der Nase ausgehend 276.
— durch Hypertrophie der Zungenmandel bedingt 304.
Hydrorrhoea nasalis, Beitrag z. Studium der 130.
Hysterie, eine neue Art von 309.
Hysterische Aphonie, Behandlung der 108.
Hysterischer Krampf der Glottiserweiterer, ein Fall von 330.
Hysterisches Stummsein, Bemerkungen über 28.
— — 108.
— —, ein Fall von 205.

Jahresbericht (IV.) aus Dr. Stetter's Ambulatorium und Clinik für Ohren-, Nase-, Hals- und Rachenkranke 197.
Jacobson'sches Organ beim Rinde und Schafe, makroskopische Anatomie des 277.
Incisurae Santorini als Schutzvorrichtung, Bedeutung der 70.
Influenza-Otitis 275.
Instrumente zur Entfernung von Kehlkopfneubildungen bei Kindern durch die Methode der gefensterten Röhren während der Intubation 136.
Internationaler Congress für Hygiene und Demographie im Jahre 1894 in Budapest 172.
Intubation bei einem Erwachsenen, gefolgt von einem tödtlichem Kehlkopfödem nach Herausnahme der Tube 278.
Intubation des Kehlkopfes, über 77.
— und Tracheotomie 278.
Jodoformäthereinspritzungen bei Kropf und Cysten 381.

Kalter Abscess der Epiglottis, 4 Jahre dauernder 52.
Kehlkopf-Intubation, über 22 Fälle von 54.
Kehlkopfpolyp, ein Fall von 137.
Kehlkopfschemata 237.
Kieferhöhleneiterung, zur Diagnose der 323.
Knochen im Halse, 2 Fälle von 345.
Knochenblasenbildung in der Nase, nebst einem Fall von empyematöser Knochenblase 193.
Knorpelverbiegung der Epiglottis, congenitale 133.
Kohlenwasserstoffe, über den therapeutischen Werth der, speciell der oxygenirten Vaseline (Vasogene) 381.
Kopfschmerz bei Nasenleiden 375.
Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens, Vorlesung über 22.
— der Paukenhöhle durch den carotischen Canal in die Schädelhöhle, über das Fortschreiten der 240.
Krebstumor im Nasenrachenraum 243.
Kropfbehandlung 310.
Kugel im Kehlkopf 344.

Lähmung der Glottiserweiterer nach Tracheotomie 309.
— des Larynx als frühzeitiges Symptom des Tabes dorsualis 342.
— des linken Stimmbandes durch Gangliendruck auf den linken Recurrens bei Aortenaneurysma 344.
Langenbeck'sches Tenaculum z. schnellen Ausführung der Tracheotomie, Modification des 78.
Laryngitis mit continuirlichem Pfeifen, einfache 309.
— stridulosa durch Larynxdilatation geheilt, ein Fall von 206.
Laryngologische Mittheilungen aus der Abtheilung des Prof. Schnitzler an der allgem. Poliklinik in Wien 168.

Digitized by Google

Laryngoscopische Befunde bei traumatischer Neurose 77. 247.
— Bilder, Demonstration vermittelst der directen Projection 137.
Larynxabscess, idiopathischer 54.
Larynxdilatation bei Laryngitis stridulosa 206.
Larynxepithelioma prim., Intubation etc. 79.
Larynxerscheinungen bei Abtreibung von Ascaris lumbricoides 205.
Larynxkrebs, äusserer 344.
Laryngospasmus, intermittirender, einseitiger 54.
Larynxödem acut. prim., Bemerkungen über, mit Rücksicht auf Jodödem 110.
Larynxödem nach Influenza, zwei Fälle von 379.
Larynxpapillome nach Tracheotomie 80.
—, Structur, Phase und Behandlung der 109.
Larynxphthise, chirurgische Behandlung der 370.
Larynxschwindel oder Larynxepilepsie 308.
—, über 309.
Larynxstenose in Folge von Fractur 278.
— bei Tuberculösen 345.
Larynxtumor 344.
Larynxzangen, Gefahr gewisser 310.
Ligatur der Carotis communis bei einem 3jährigen Kinde wegen Blutung aus einem die Mandel umgebenden Abscess 133.
Löffler'scher Bacillus im Pharynx, Fortbestehen des 245.
Ludwig'sche Angina 304.
Luftröhrenschnitt bei einem 3 Tage alten Kinde 75.
Luftwege, Ergriffensein der obersten als Vorstadium des Typhus 53.
Lymphom der Mandeln 107.

Maligne Tumoren der Nasenscheidewand 242.
Mandelhypertrophie, Cauterisation bei 50.
Mandelsarcom, ein Fall von 244.
— durch äusseren Schnitt entfernt 50.
Massage der Nasen-, Pharynx- und Larynxschleimhaut, die vibratorische u. electrische 51.
M. cricothyroideus, die Innervation des 137.
Metastatische Pyämie bei Mittelohr-Erkrankungen, zur Heilung der 68.
Milchsäure, tubercul. Schlundgeschwüre behandelt mit 53.
Microben des Mumps. über den 380.
Morbus Basedowi mit plötzlichem Tod durch Compression der Trachea 134.
—, über die chirurgische Behandlung des 134.
Morphologie d. Ohrmuschel bei gesunden und geisteskranken Menschen und bei Delinquenten 339.
Mumps, Contagiosität und Entwicklung des 380.
—, über die Contagionsperiode des 379.
—, über die verlängerte Incubation und Contagiosität des 380.
Mycosis des Rachens, des Nasenrachenraumes, der Zungenwurzel und des Larynx, allgemeine 279.
Mycosis des Rachens, gutartige 379.
Myxödem mittelst Einspritzung von Thyroidealsaft behandelt 28. 76.
— und die neueren Fortschritte in seiner Behandlung 76.

Nähte, über den Werth derselben in der Behandlung von Selbstmord und chirurgischen Wunden der Luftwege 76.
Nasalsymptome der erworbenen Syphilis bei erwachsenen, secundäre 276.
Nase, Croup oder Diphtheritis, der 38.
Nase und Hals als Krankheitsquelle für das Mittelohr, Behandlung der 26.
Nase- und Gesichtsrose 131.
Nase und Mund als Respirationsorgane 241.
Nase bei Typhus, Zustand der 277.
Nasenbluten, über eine seltene Ursache von 303.
Nasendouche ohne Gefahr 105.
Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen 165.
Nasenrachenfibrome bei Frauen, Beitrag zur Lehre der 303.
Nasenrachenpolyp, prophylact. Tracheomie, Tamponade des Pharynx 376.
Nasenscheidewandtumor beim Kinde mit scheinbar gesunder Lunge, ein Fall von tuberculösem 276.

Digitized by Google

Nasenstenose, drei unabhängige Leiden, welche oft von derselben herrühren 341.
Natrium (tetra) boricum neutrale, zur therapeutischen Bedeutung des 313. 357.
Nebenschilddrüsen beim Menschen 342.
—, über die Function der 343.
Necrolog 139. 384.
Necrose der Nasenscheidewand und des Septum nach Typhus 49.
— der Schnecke, zwei Fälle von 274.
Nervus octavus, physiologische Untersuchung über das Endorgan des 23.
— phrenicus und Laryngeus inferior, Beziehungen zwischen dem 75.
Neubildungen an der Tonsille, maligne 245.
Neuralgie, hartnäckige des Nasenflügels 375.
Neuromotorische Larynxstörungen, die Classificationsmethoden in den 136.
Nichttuberculöse Formen von Laryngitis, chron., Behandlung mittelst Camphornaphtol 206.
Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 296.
Notiz 80. 208.

Oesophagotomie wegen Verengerung 138.
— externa bei Fremdkörper im Oesophagus 347.
Oesophagusepithelioma 207.
Oesophaguskrebs, Fortpflanzung auf Pleura und Leber, latenter primärer 247.
Oesophaguswunden 280.
Ohrenheilkunde, Handbuch der 45.
—, Lehrbuch der für Aerzte und Studirende 382.
Ohrenkrankheiten nach Parotitis epidemica 283
—, zur Statistik der 375.
Ohrgeräusche, heftige, subjective Ligatur der r. Carotis intern. 165.
Osteom der Nasenhöhlen 74.
Otologische Gesellschaft zu Frankfurt a. M., Bericht über 2 Versammlung 154.
Ozaena 277.
—, über 73.
—, Phasen der 302.

Papillarsarcom des rechten wahren Stimmbandes, grosses 246.
Papillom, gestieltes des weichen Gaumens 50.
Paukenröhrchen, neue Modification 44.
Percussion des Warzenfortsatzes und diabetische Caries dieses Knochens 241.
— —, über den Werth der 241.
Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand während Typhus, grosse 104.
Peri-amygdalitis lingualis phlegmonosa, ein Fall von 377.
Periostitis nach Zahnextraction 346.
Pfirsichkern während 3 Tagen im Nasenrachenraum, ein Stück 104.
Pharyngitis, chronische fibrinöse 50.
Pharynxlupus, Fall von primärem 244.
Pharynxtuberculose, vereinzelte primäre 132.
Phenylcocain, ein neues schmerzstillendes Mittel 348.
Präparate, Skioptikons- des Ohres, der Stirnhöhle, der Highmorshöhle und der Nasenscheidewand, Demonstration der 101.
Pseudophotaesthesie tactilen Ursprungs, ein Fall von 51.
Psychomotorische Centren der articulirten Sprache 307.
Pyämische Metastasen bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein, über 142.

Rachendiphtherie, die örtliche Behandlung der 133.
Rachen- und Gaumennerven, der periphere Verlauf der motorischen 304.
Reflexkrampf der Glottis in Folge von Magenerweiterung 309.
Reflexneurose, die nasale 276.
Resection der Nase zur Entfernung der Schleimpolypen aus den Nasenhöhlen, temporäre 302.
Respirations-Apparat, Störungen im, als Vorläufer des Typhus 74.
Retropharyngealabscess 132.
— durch Kieferhöhleneiterung, über einen Fall von 361.
Revulsive in der Milzgegend, um das Nasenbluten bei Wechselfieberkranken zu bekämpfen 247.

Digitized by Google

Rheumatismus der Larynxmuskeln mit Glottiskrampf, ein Fall von 109.
Rhinitis, acute, weitere Mittheilungen über 89.
— pseudomembranacea, über 26.
—, über relative atrophische 49.
Rhinolithen, über einen Fall von spontan gebildeten 219.
Rhinologische Mittheilungen 270.
Riesenzellen in adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes, Vorhandensein von 204.

Sarcoma fasciculatum des Larynx am rechten wahren Stimmbande 307.
Sängerknötchen, über die pathologische Anatomie der 133.
Schilddrüse in Kröpfen, die Blutgefässe der 27.
Schleim und Nasenschleim im Besonderen, über die bacterientödtende Rolle des 376.
Schlingact, das Verhalten des Kehldeckels, der Aryknorpel und des unteren Rachenabschnittes während des 306.
Schneckenkanal, Histologisches über den, speciell die Stria vascularis 374.
Sclerom, zur Aetiologie des 1.
Siebbeinzellen, ein Zeichen der Eiterung der vorderen 73.
Silbernes Fünffrankenstück im Oesophagus 280.
Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen als Begleiterscheinung der Influenza 205.
Spanner der Stimmbänder, Lähmung der äusseren 245.
Sprachfehler, durch Halsleiden verursacht 343.
Stimme bei öffentlichen Rednern, die Nothwendigkeit einer systematischen Erziehung der 51.
Stimmbandlähmung, Knorpelkrebs und Tuberculose 245.
Stimmstörung bei den Sängern 343.
Stimm-Veränderung, hervorgebracht durch Einathmen von Aqua laurocerasi und Cyankalium, Beitrag zur 205.
Stirnhöhle und ihre Augenmündungen, über die anatomischen Verhältnisse der 25.
Syphilitischer Mandelschanker 107.
Syphilis der Zungentonsille, über 132.

Tampons von Glycerinwatte bei atrophischer Rhinitis 106.
Taubstummheit, ein Fall von erworbener 275.
— im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, ihre Ursachen und ihre Verhütung 99.
Tenotomie, über die vordere 374.
Thyroiditis, acute 55.
Trachealpolyp nach wegen Croup ausgeführter Tracheotomie 79.
Tracheotomie bei Croup, üb. frühzeitige 206.
— wegen multipler Neoplasmen des Larynx 137.
Trommelfellperforationen, über klinische Bedeutung bestimmter 48.
Tuberculose, ob sie durch Fische übertragen werden kann 346.
Tuberculin, Behandlung der tuberculösen Laryngitis mit modificirtem 279.

Unaufhörliches Lachen 108.

Van Swieten'sche Flüssigkeit, Nutzen der Einspritzung derselben in das Gewebe bei scheinbarem Krebs 75.
Vaselin bei Behandlung gewisser Mittelohraffectionen, über den Gebrauch des 69.
Verdickung des vorderen, unteren Theiles der Nasenscheidewand, Bedeutung der „os sous-vomériens“ und der Jacobson'schen Knorpel 72.
Verknöcherung der Ohrmuscheln, ein Fall von 167.
Verschluss eines Nasenloches, angeborner 104.
Verwachsung von Gaumensegel und Pharynx, die vollständige, 244.

Wasserstoffsuperoxydlösung local bei Diphtherie, starke, 246.

Digitized by Google

Zerstörung des weichen Gaumens, gehoben durch einen weichen künstlichen Gaumen. Verbesserung der Stimme, Verschärfung des Gehörs 132.
Zungenbeinhorn, über einen Fall von Bruch des grossen 377.
Zungengriff bei der Behandlung des Erstickungstodes durch Cloakengase, der, 107.
Zungenkrebs nebst seinen Symptomen. Bemerkungen über, 204.
Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta, zur Pathologie der 27.
Zusammennähen des Larynx und der Trachea nach Schnittwunde 108.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Adler 309.
Antony 380.
Arteaga 50.
Avellis 110.

Baber 107.
Bach 108.
Bacon 273.
Ball 54.
Barr 26.
Baumgarten 126. 164.
Bayer 53. 74. 79. 381.
Beauoleil 310.
Berg 53. 80.
Berger 280. 347.
Boiteux 309.
Brown 343.
Burger 77. 323.

Caillé 245.
Calvert 76.
Carling 279.
Cartaz 244. 379.
Castelain 206.
Caster 304.
Castex 379.
Chamberlain 52.
Chappell 241.
Chauffart 342.
Cheroin 306.
Chiari 276.
Cohen 137. 138.
Colin 377.
Collet 54.
Combemale 346.
Corin 308.
Couetoux 49. 302.
Cousini 50.
Cros 247.
Cullingworth 75.

Dansac 246. 307.
Davidson 132.
Davies 75.
De la Sota y Castra 52.
Delorme 304.
Delstanche 69.
Demme 237.
Divet 205.
Ducor 171.
Dufour 247.
Dunn 50. 133. 305.
Dupasquier 207.
Dury 381.

Eichler 275.
Epler 55
Escherich 133.
Eulenstein 142. 187.
Ewald 23.
Ewé 138.
Exner 137.

Fédorot 108.
Fenwick 28.
Fleischer 49.
Fliess 276.
Frèche 133. 379.
Freudenthal 104.

Garel 54. 109. 579.
Garnault 51.
Gaube 107.
Gellé 104. 242.
Geley 245.
Given 55.
Gleich 55.
Gomperz 14. 29. 82. 113. 174. 210. 249. 338.
Goris 109. 375.
Gouguenheim 242. 345.
Gouin 132.
Goureau 304.
Grabower 342.
Gradenigo 51. 339. 341.
Grant 105. 109.
Grunert 70.
Gurewitsch 27.

Haderup 247.
Hajek 168. 199.
Halsted 242.
Hartmann 25. 101. 131.
Hecke 5. 68.
Hélary 242. 344.
Hennebert 102.
Herzfeld 270.
Herzog 276.
Hessler 46.
Heydenreich 11.
Heymann 285. 375.
Hildebrandt 48.
Holz 247.
Homans 50.

Digitized by Google

Horne 27.
Hovorka 104.
Hunt 343.

Jacobson 375. 382.
Jaenicke 314. 357.
Imbert 247.
Jouslain 377.
Irin 106.
Jullien 132.

Katz 239. 374.
Kellcher 49.
Kessel 374.
Kibbe 341.
Killian 137.
Kirchner 281.
Knott 277.
Koch 28. 79.
Koerner 240. 241. 339.
Kosegarten 240.

Labit 279.
Laborde 107.
Lauwers 346.
Laveran 380.
Le Bec 74.
Lemcke 99.
Lenormand 204.
Lermoyez 244. 376
Lichtwitz 130. 136.
Liebe 361.
Linsmayer 165. 167.
Lovett 278.
Lubet-Barbon 55. 208.
Luc 204. 303.
Ludewig 275. 340. 373.
Lyonnet 243.

Mackenzie 76.
Magitot 304.
Magnus 372.
Mahot 347.
Marage 75.
Marie 342.
Martin 278.
Martone 78.
Masini 309.
Massei 109.
Matignon 378.
Mendel 377.
Merklen 380.
Meyerson 193.
Milligan 44. 54.
Montgomerie 134.
Moos 241.
Morris 76.
Mounier 303.
Moure 219. 257. 347.
Moussie 343.
Moussu 137.
Müller 48.
Musehold 279.
Mygind 275.

Natier 205.
Newmann 53. 245.
Nicitine 73.
Norman 348.

Onódi 52. 165.
Ostmann 57. 70.

Panné 302.
Parker 278.
Passy 203.
Paul 206.
Percy 53.
Philipps 308.
Piazza 308.
Picqué 376.
Pilliet 204.
Pisarzewski 53.
Poinsot 348.
Polyak 130.
Poorten, Waldemar † 384.
Potiquet 72.
Przedborski 330.

Ragner 344.
Ramon 52.
Rangé 136. 277. 307.
Ransom 79.
Régaud 243.
Rendu 204. 379.
Rethi 304. 306.
Révilliod 79
Richards 108.
Risien-Russel 134.
Roque 49.
Ruault 73.
Rushmore 52.

Sabrazès 133. 379.
Sandmann 312.
Sandford 51. 378.
Sandras 205.
Saint Hilaire 55. 104.
Schalk 107.
Scheier 77.
Schiffers 309.
Schmidt 133.
Schnitzler, Johann † 139.
Schrötter 22. 123.
Schultze 106.
Schutter 241.
Schwabach 372.
Schwartze 45.
Ségond 138.
Seifert 132. 345.
Sendziak 38. 59.
Seton 309.
Shallcross 341.
Siebenmann 69.
Silver 207.
Simonini 108.
Solis-Cohen 137. 138.
Sokolowski 344.
Starck 26.
Stembo 137.
Stelzner 310.
Stepanow 1.
Stevenson 279.
Stimson 278.
Suchanek 89.
Symes 346.
Szenes 154. 180. 223. 287. 317.

Tellier 303.
Terrillon 111.
Thiercelin 346.
Thies 274.
Thobiesen 245.
Thorington 132.
Thorner 205. 274. 278. 279.
Thornton 248.
Tissier 131. 206. 276. 277.
Trekaki 204.
Troisier 108.
Tsakyroglous 283.
Tyler 54.

Valude 73.
Vigue 132.

Wagnier 378.
Ware 341.
Wette 134.
Williams 246.
Wight 345.
Winckler 131. 149.
Wolff 135.
Wright 244.
Wurtz 376.

v. Zdevas 104.
Ziem 231. 261. 349.

Digitized by Google

Druck von Marschner & Stephan,
Berlin SW.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. **Berlin, Januar 1893.** **No. 1.**

I. Originalien.

Zur Aetiologie des Scleroms.

Von

E. M. Stepanow (Moskau).

(Hierzu eine lithographirte Tafel.)

In der vorliegenden Arbeit beabsichtige ich die Endresultate jener Versuche abzuhandeln, von welchen eine vorläufige Mittheilung in dieser Monatsschrift bereits im Jahre 1891 (No. 1) erschienen war.

Die Erfolglosigkeit aller bis jetzt gemachten Versuche, bei Thieren auf experimentellem Wege einen dem Menschensclerom ähnlichen Process zu erzeugen, veranlasste mich, von den bisher üblichen Impfverfahren unter die Haut und in die Nasenschleimhaut abzusehen und für meine Versuche die Vorderkammer des Auges zu wählen, in welche bis jetzt noch nie inoculirt worden war.

Die Versuche wurden an Meerschweinchen angestellt, bei welchen schon die ersten Probeimpfungen pathologisch-anatomische Veränderungen hinter der Hornhaut hervorriefen, während Impfungen an drei Kaninchen, einer kleinen Katze und einem Ferkel zu negativen Resultaten führten.

Das Verfahren beim Experimentiren war wie folgt: der Kopf des Thieres wurde nach Möglichkeit unbeweglich gehalten; nun wurde die Bindehaut des Augapfels mit einer Haken-Pincette gefasst, derselbe fixirt, mit einem Lanzenmesser am oberen Theil der Hornhaut, unweit

Digitized by Google

von ihrem Rande, ein der Irisoberfläche paralleler Einstich gemacht und in die Vorderkammer mit einer durchglühten Platinnadel ein Partikelchen von gewöhnlicher Gelatinecultur der Bacillen eingeführt.

Den Kopf des Thieres ganz unbeweglich während der Operation festzuhalten, war nur sehr schwer durchzuführen; ausserdem genügten schon unbedeutende Zuckungen des Thieres, um bei den kleinen Dimensionen der Augen junger Meerschweinchen (welche ja fast ausschliesslich für die Versuche gewählt wurden) Nebenverletzungen zu erzeugen. Dies trug dazu bei, dass es mir nur in seltenen Fällen gelang, die Cultur in die Vorderkammer zu bringen, ohne dabei Iris oder Linse zu verletzen. Später nahm ich behufs Erleichterung der Operation die vorhergehende Cocaïnisirung des Auges vor.

Es versteht sich von selbst, dass die Operation mit der peinlichsten Sauberkeit durchgeführt wurde: das Messer wurde vor jedem Schnitte durchglüht, das herausfliessende Kammerwasser mit sterilisirter Watte aufgefangen; doch musste ich auf eine vorangehende Desinfection des Operationsfeldes verzichten, um die in's Auge eingeführte Cultur nicht abzuschwächen.

Das Einbringen derselben war auch mit einigen Schwierigkeiten verknüpft: die Cultur wurde ziemlich leicht durch das Kammerwasser vom Platindraht fortgespült oder blieb am Rande der Hornhautwunde haften; deshalb sah ich mich in einigen Fällen genöthigt, eine neue Culturportion in die Vorderkammer zum zweiten Mal zu bringen. Dieser Umstand vergrösserte natürlich die geschaffene Wunde und bot mithin auch Gelegenheit zum Eindringen anderer Microben.

Die Impfversuche wurden ausgeführt: 1) mit Gewebspartikelchen (4 Augen), 2) mit Gelatinecultur, die mir Herr Dr. Nixiforoff gab (von dem Falle des Herrn Collegen Boëw), 3) mit Culturen aus meinem ersten Falle; die letzteren wurden von mir wiederholt frisch aus den Saaten auf Gelatineplatten entnommen. Für die Impfungen benutzte ich die 2., 3., 10. und 12. Bacillengeneration.

Im Ganzen wurden bei Meerschweinchen 64 Augen geimpft. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (fast $^3/_4$ der Gesammtzahl) erzeugten die Impfungen weder beständige, noch sichtbare Veränderungen in den Geweben des Auges; gewöhnlich war die Hornhaut in diesen Fällen am anderen Tage getrübt und in der Umgebung schwach hyperämisch. Im Lanfe der folgenden 2—5 Tage nahm die Trübung allmählig ab, und das Auge bekam sein früheres gesundes Aussehen. Selten blieb eine Verwachsung zwischen Iris und Hornhaut oder ein weissliches Fleckchen an der Stelle des Schnittes zurück.

In einigen Fällen fanden selbst solche schnell vorübergehende Veränderungen nicht statt, und das Auge erschien schon am folgenden Tage fast vollkommen normal. Nur in circa $^1/_4$ aller geimpften Augen (15) entwickelten sich mehr oder weniger bedeutende Entzündungserscheinungen.

Von dieser verhältnissmässig kleinen Zahl müssen acht Versuchsresultate ausgeschlossen werden, in welchen die Untersuchung der entzündeten Gewebe die Anwesenheit auch anderer Microben (Strepto- und Staphylococcen), also nicht nur Sclerombacillen, constatirte.

Gewöhnlich blieb in solchen Fällen die Hornhaut stark getrübt, die pericorneale Hyperämie war sehr deutlich ausgeprägt, das Auge nahm

Digitized by Google

weniger oder mehr rasch an Umfang zu und schien etwas aus der Orbita heraustreten zu wollen, darauf folgte ein Ausbuchten und Dünnwerden eines gewissen Corneaabschnittes, gefolgt von einem Bersten derselben und Ausfliessen einer breiigen, fast milchfarbigen Masse. Zwei Augen wurden am 9. und 22. Tage, um einer drohenden Hornhautruptur vorzubeugen, und 2 bald nach der Hornhautruptur (Ende der 3. und Anfang der 4. Woche) exstirpirt. Drei Augen wurden nach dem Bersten der Hornhaut behufs Beobachtung weiterer Veränderungen im Auge und in den dasselbe umgebenden Geweben zurückgelassen.

Die microscopische Untersuchung zeigte das Bild einer Panophthalmitis: das ganze Auge war mit Eiter und Detritmassen der Linse angefüllt; im Eiter fand man viele Staphylococcen oder Staphylo- und Streptococcen.

Sclerombacillen fanden sich selten als sehr kleine Ovoide und als Involutionsformen.

Drei für die weitere Beobachtung in der Orbita zurückgelassene Augen begannen sich um das 3—4fache der normalen Grösse zu verkleinern. Specifische Veränderungen in den umgebenden Weichtheilen bemerkte man weder bei macro- noch microscopischer Untersuchung, obgleich 2 Thiere bis zum 1/2 Jahr, das dritte aber selbst bis zu 10 Monaten am Leben blieben.

Endlich beobachtete man in einem Auge Erscheinungen einer mässigen Iritis und eine partielle Erweichung des Linsengewebes; mithin war in diesem Fall die Entzündung verhältnissmässig schwach ausgesprochen. In einigen der stark aufgequollenen zerfallenden Zellen der Linse fand man viele schön capsulirte Bacillen.

Von den übrigen sieben Versuchen muss ein Fall ausgenommen werden, in welchem nach 3 Monaten ein fast vollkommener Schwund des Linsengewebes und eine unbedeutende Verdickung des Irisgewebes sich einstellte; ein zweiter Fall (3 Wochen) verlief mit einer mässigen Iridocyclitis, partiellem eitrigen Zerfall der Linse, die von Bacillen durchsetzt war (Reinculturen) und Verwachsung der Pupille. (Die Vorderkammer blieb frei und im Kammerwasser schwammen wenige ein- und mehrkernige Elemente.)

Im 3. Versuche (2 1/2 Monate) fand man im etwas atrophirten Auge die Linse geschrumpft und das Linsengewebe vollkommen durch Bindegewebe und Reste einer in Bindegewebe übergehenden entzündlichen Infiltration der Iris und des Ciliarkörpers ersetzt. Bacillen fehlten in diesen Geweben.

In dem 4. Fall (3 Monate) starke Verdickung und Infiltration der der Hornhaut anliegenden Iris, Schwund der Vorderkammer, Pupillenverschluss durch Granulationsgewebe, fast vollkommener Schwund des Linsenparenchyms und Ersetzung desselben, theils durch ein grosszelliges Gewebe (Phagocyten, über welche später ausführlicher abgehandelt werden soll), theils durch an einigen Stellen schon in fibröses Gewebe übergegangenes Bindegewebe. In einigen Maschen desselben lagen Mengen von nicht sehr grossen, doch characteristischen Bacillen eingebettet. Aus diesem Auge wurden reine Culturen von Sclerombacillen erhalten.

Der 5. Versuch, welcher auf Probeschnitten gute Erfolge zu ver-

Digitized by Google

sprechen schien, ging leider bei der Paraffineinbettung (der electrische Regulator war verdorben) verloren.

Am gelungensten und beweiskräftigsten ist der folgende Versuch: ein junges Meerschweinchen wurde mit der alten Cultur (ungefähr der 9. oder 10. Generation), welche Dr. Nikiforoff mir in liebenswürdiger Weise überlassen hatte, geimpft.

Die gewöhnliche Trübung der Hornhaut verschwand nicht nach einigen Tagen, sondern begann allmählig zuzunehmen, die pericorneale Injection bestand weiter fort. Mit der Zeit erschienen hie und da an der Peripherie der Hornhaut einzelne kleine Gefässchen, die radiär zum Centrum der Hornhaut zogen, ohne jedoch dasselbe zu erreichen.

Bald darauf trat im obern Abschnitt der Hornhaut ein grösseres und längeres Gefässchen hervor, das beinahe das Centrum der Hornhaut erreichte. Die Parenchymtrübung derselben erschien jetzt ungleichmässig, aber dennoch so bedeutend, dass man die in der Tiefe des Auges sich abspielenden Vorgänge nicht wahrnehmen konnte. Allmählig entstanden hier und da Erosionen; eine der grössten lag im Bereiche des grossen Gefässchens und vertiefte sich mit der Zeit; zuletzt verdeckte sie vollkommen das Gefässchen und verwandelte sich in eine verticale, lange, schmale und ziemlich tiefe Spalte, welche das Centrum der Hornhaut überschreitend, bis in deren untere Hälfte sich hinzog. Hier und da gesellten sich ihr kleinere oberflächlichere Erosionen bei.

Um diese Zeit verkleinerte sich das Auge unbedeutend in seinem Umfang. Um der drohenden Hornhautruptur und deshalb dem Misslingen des Versuches, welcher durch seinen klinischen Verlauf sich in Allem, was ich in anderen Fällen bis dahin gesehen, auszeichnete, vorzubeugen, wurde das Thier 3 Monate und 4 Tage nach der Impfung durch Chloroform getödtet, das Auge exstirpirt, wobei trotz aller Vorsicht beim Operiren ein kleiner Riss der Hornhaut in der Länge der oben beschriebenen Spalte nicht vermieden werden konnte. Aus der so entstandenen Oeffnung (aus ihr floss nicht die milchfarbene, breiige Masse, wie gewöhnlich in den anderen Fällen) entnahm man mit einer vorher durchglühten Platinnadel Material zum Impfen auf Gelatine und Agar (Reinculturen). Das Auge wurde noch in der Länge der Spalte etwas aufgeschnitten und zuerst in Flemming'sche Lösung und hierauf in Alcohol gebracht. Die Objecte wurden in Celloïdin eingebettet, die Schnitte vorzüglich mit Ziehl'scher Gentianalösung tingirt, dann mit Jod-Jodkalilösung behandelt, mit Anilinöl entfärbt, entwässert und nach Entfernen desselben durch Xylol, in Canadabalsam eingeschlossen. Sehr oft ging dem Verfahren eine Färbung mit Picrocarmin voraus.

Die microscopische Untersuchung des Auges ergab ein Ergriffensein nur des Vordertheiles (Hornhaut, Iris, Ciliarkörper und Linse). Die Hornhaut ist stark, aber nicht überall gleichmässig verdickt; wo das unbedeutend ist, sieht das Gewebe geschichtet aus, bedingt durch die parallel angeordnet liegenden spindelförmigen Kerne.

An Stellen starker Verdickung stiess man gewöhnlich auf kleinere und grössere Inselchen und Zwischenschichten einer rundzelligen Infiltration.

Diese Infiltrate bestanden entweder aus dicht zusammengedrängten runden Elementen bei fast vollständigem Schwund des ursprünglichen

Digitized by Google

Gewebes, oder aber das letztere war noch sichtbar und die runden Elemente lagen nicht so eng an einander gereiht. In der Nähe von solchen Herden sah das ursprüngliche Gewebe weniger oder mehr verändert aus: die zelligen Elemente schienen stark aufgequollen, besassen eine mehr ovale, mitunter eine fast ovale Form; ihre Kerne traten als runde oder fast runde Bläschen mit einem einzigen kleinen Kernchen im Centrum hervor. (Fig. 8, *cr.*)

Die an der Peripherie sich befindenden Theile der Hornhaut boten sehr oft spaltenförmige mit Blut, angefüllte Räume dar, auch viele Ablagerungen von Blutpigment, hier und da aber auch kleine frische Blutergüsse. Einige Territorien der Hornhaut zeigten oberflächliche Exulcerationen (Fig. 2 unterer Theil d. Cornea); der Grund dieser Geschwüre bestand aus dem eigentlichen Corneagewebe und aus spärlich drin zerstreuten runden Zellen. Zuweilen zogen von diesen Geschwüren in die Tiefe der Cornea kleine Streifen rundzelliger Infiltrate, die zwischen den Schichten eingebettet waren.

Legte man Schnitte durch den vor Bersten und Einschneiden verschont gebliebenen Theil der früher beschriebenen Geschwürsspalte, so fand man, dass dieselbe fast bis in die Membrana Descemeti hineinragte.

Präparate auf die soeben geschilderte Weise hergestellt und mit Ziehl'scher Gentianalösung gefärbt, boten folgendes Bild: hier und da im eigentlichen Hornhautgewebe wie auch manchmal in den Infiltraten findet man vereinzelte Stäbchen und Ovoide, zuweilen auch Diplococcen, dem Aussehen und der Färbung nach den Sclerombacillen sehr ähnlich, jedoch capsellos. (Das Sichtbarwerden der Capseln an Präparaten, die in Flemming'scher Lösung fixirt sind, ist übrigens sehr schwer zu erzielen.)

Dafür aber war der Grund der Geschwüre an einigen Stellen reich durchsetzt von prächtig entwickelten, frei auf der Oberfläche liegenden und intensiv gefärbten langen, stäbchenartigen Sclerombacillen. Einige traf man auch in den oberflächlichsten Zellen des Geschwürsgrundes an.

Selten fanden sich auch in den Infiltrationen Gebilde, die den Hyalinkörpern des Scleroms sehr ähnlich sahen und von halbmond-, eiförmiger, und manchmal auch kugelförmiger Gestalt waren.

Endlich gelang es an einem Schnitte einen microscopischen Infiltrationsherd zu finden, der das typische Bild eines Sclerom-Granuloms darbot, so wie man an von Menschen entnommenen Präparaten es zu sehen gewohnt ist.

Der Schnitt, welcher diesen werthvollen Herd enthielt, war zufällig nicht nach gewohnter Weise gefärbt worden. Um mich zu überzeugen, ob die von mir bemerkten stäbchenförmigen und ovoiden Gebilde wirklich die Microorganismen des Scleroms seien, beschloss ich auf verschiedene Art die Färbung der Capseln vorzunehmen und, da alle nach dieser Richtung hin gemachten Proben zu keinem günstigen Resultate führten, sah ich mich veranlasst, die von Friedländer für die Doppelcoccencapseln in Vorschlag gebrachte Färbungsmethode (alcoholische Gentianalösung und Essigsäure) zu versuchen. Zu diesem Zweck liess ich einen Schnitt 24 h. lang in Friedländer'scher Lösung liegen. Das Gewebe wurde dermassen stark tingirt, dass ein Entfärben mit verdünnter Essigsäure und Anilinöl resultatlos blieb. Ich sah mich genöthigt, das Entfärben nach Gram vorzunehmen und alsdann den Schnitt nochmals mit Essigsäure

Digitized by Google

zu bearbeiten. Erst jetzt erschien das Präparat in genügender Weise geklärt, die Capseln jedoch waren dabei entfärbt.

Fig. 1 stellt einen Schnitt durch die ganze Dicke der Hornhaut dar. Das eigentliche Gewebe derselben (*cr—cr*) ist bedeutend verdickt, die Zahl der Zellen in so hohem Grade vermehrt, dass die Zwischensubstanz fast gar nicht zu sehen ist. Hier und da trifft man unregelmässige Spalten an, die Blut enthalten. In *u* ist die Cornea oberflächlich exulcerirt. Vom Geschwürsgrunde ziehen in die Tiefe zwei rundzellige Infiltrate, die aus hart an einander liegenden runden Zellen gebildet sind; einige von ihnen sind Granulationszellen, andere (die überwiegende Mehrzahl) mehr Protoplasma und bläschenförmige Kerne enthaltend, epithelioide Zellen. (Fig. 8.)

Selten kommen noch grössere Zellen mit grossen blassen Kernen vor, die den aufgequollenen Zellen des eigentlichen Corneagewebes gleichen.

In einigen epithelioiden Zellen waren die Körper von unregelmässiger, selten von spindelförmiger Gestalt. Das tiefste Endtheil des Infiltrats *i* (Fig. 1, links) weist fast im Centrum eine grosse ovale Mikulicz'sche Zelle auf (Fig. 1 und 8 *Mc*), mit vielen Stäbchen und Diplococcen in der Weise angeordnet, wie man sie überhaupt in Mikulicz'schen Zellen anzutreffen pflegt, d. h. eins vom andern separirt.

Beim Umdrehen der Micrometerschraube nimmt man in der Mitte der Zelle ein netzförmiges Klümpchen wahr (höchstwahrscheinlich ein Protoplasmarest). Welcher von den anliegenden Kernen den Kern der Mikulicz'schen Zelle vorstellt, wenn letztere solch einen noch besitzt, ist schwer zu sagen.

In *mc* sieht man eine epithelioide Zelle mit 2 coccenförmigen Microben in den Protoplasmavacuolen (wahrscheinlich das primäre Entwicklungsstadium einer neuen Mikulicz'schen Zelle). Endlich kommen stellenweise auch einzelne Bacillen in den Zellen oder zwischen denselben vor.

Die Vorderkammer existirt nicht, da die stark verdickte Iris der Hornhaut anliegt und stellenweise sogar mit ihr verwachsen ist (die Spalte auf Fig. 2, zwischen Iris und Cornea, ist ein Kunstproduct).

Die Pupille ist durch Granulationsgewebe, das die Fortsetzung desselben Gewebes der Iris bildet, geschlossen.

Stellenweise kommen aber zwischen Iris und Cornea kleine Zwischenräume vor, die freischwimmende Zellen enthalten.

Das Gewebe der Iris und zum Theil des Ciliarkörpers zeigt eine starke entzündliche Infiltration mit reichlichen Capillaren auf.

Ein bedeutender Theil der Iris ist vollkommen in eine dicke Schicht von Granulationsgewebe transformirt, in dessen mittleren Schichten Pigmentzellen und Anhäufungen von Pigmentkernen anzutreffen sind.

Um die Gefässe, Arterien und Venen, deren Adventitia stark infiltrirt ist, liegen dichte Anhäufungen von runden Elementen.

Die entzündlich infiltrirte Iris liegt einerseits unmittelbar der Cornea an und befindet sich andererseits im innigsten Zusammenhang mit der veränderten Linse, worüber sogleich des Näheren berichtet werden soll.

Die Linsencapsel ist vorne im mittleren Abschnitt zerrissen; ihre peripheren Reste grenzen das Iris-Granulationsgewebe von dem Linsenparenchym ab.

Digitized by Google

In dem letztern unterscheidet man: 1) am äquatorialen Rande Reste von stark verändertem Linsenparenchym (Fig. 2, *ll* oben), 2) eine Zerfallsmassen und Eiterzellen führende centrale Höhle (Fig. 2 ist dieser Herd [*b* unten] als Defect mit unregelmässigen Umrissen dargestellt) und 3) ein neugebildetes Gewebe aus eigenartigen grossen Zellen mit feinnetzigem Protoplasma, intensiv gefärbten Kernen und gradlinigen oder bogenförmigen Capillaren.

Die eben beschriebenen Veränderungen haben nicht die ganze Iris ergriffen. In einigen Abschnitten ist sie zwar bedeutend verdickt auf Kosten des Bindegewebes, aber das rundzellige Infiltrat nimmt nur die oberflächlichen, die der Cornea unmittelbar anliegenden Schichten ein; ihre hintere Oberfläche ist hier gewöhnlich mit Resten der Linsencapsel durch feines, breitmaschiges Bindegewebe verwachsen.

Die microscopische Untersuchung zeigte, dass die characteristischen Bilder des Sclerom-Granuloms nur in einigen Abschnitten des entzündlichen Infiltrates zu finden sind

Die best gelungensten microscopischen Bilder bot ein kleines Granulom dar, welches von der hintern Irisfläche und dem die Pupille verschliessenden neugebildeten Bindegewebe ausging; es drang keilförmig in die Tiefe des Linsenparenchyms ein, indem es stellenweise sich von dem letztern durch Reste der Linsencapsel abgrenzte.

Auf Fig. 2 sind seine Grenzen durch dichteres Punctiren (wenngleich etwas zu fett gezeichnet) dargestellt.

Die überwiegende Mehrzahl der Zellen bilden die epithelioiden Elemente, welche mit denen des Hornhautgranuloms vollständig identisch zu sein scheinen.

Die Zahl der gewöhnlichen Rundzellen nimmt zur Iris hin zu, wo sie in grosser Menge anzutreffen sind. Unter den epithelioiden Elementen finden wir hier und da einige grosse Zellen mit grossem, blassem Kerne, selten mehrkernige Leucocyten.

Letztere sind in der Grenzschicht des Granuloms besonders in grossen Mengen vorhanden; die von den Irisgefässen ausgehenden Capillaren verlaufen in ihr in verschiedenen Richtungen.

Im ganzen Verlaufe des Granuloms befinden sich viele charakteristische Stäbchen und Doppelcoccen zu grössern oder kleinern Häufchen geordnet. (Fig. 9, *b, b, b, b.*)

Bei einigen sind auch die Capseln schön gefärbt (*c b*). Die meisten Häufchen scheinen frei zwischen den Zellen zu liegen. Einige Bacillen sind concentrisch um die Zellkerne vertheilt (*b* unten links), wobei die Umrisse des Zellprotoplasmas oft undeutlich erscheinen. Endlich liegen zweifelsohne einige kleinere Gruppen im Zellprotoplasma entweder um den Kern (*b* oben links) oder verschieben denselben gegen die Peripherie der Zelle (*Mc*).

Das ist das Bild des Granuloms in seinem mittleren Abschnitt.

In den der Iris nahen Hornhautparthien sind die Beziehungen der Microben zum Gewebe dieselben, die einzelnen Häufchen jedoch seltener. In den tiefen Schichten des Granuloms treffen wir näher zur Peripherie hin immer öfters grosse, runde und ovale Mikulicz'sche Zellen an, welche der in Fig. 8 *Mc* beschriebenen vollkommen identisch sind, aber gewöhnlich von grösserem Umfang und näher an einander liegen. Solche typische

Digitized by Google

Mikulicz'sche Zellen sieht man zwar selten im centralen Theile des Granuloms (Fig. 4). An der Peripherie des Granuloms findet man sowohl in dieser Zelle, als auch in den grossen Mikulicz'schen viele Sclerombacillen in Form von kurzen Stäbchen und Doppelcoccen; in ein und demselben Häufchen sind alle Bacillen einander gleich, in verschiedenen jedoch verschieden. Mithin liegen die Microorganismen im genannten Granulom entweder als freie Gruppen zwischen den Zellen, oder in höhlenförmigen runden und ovalen Räumen, welche mit gut entwickelten Mikulicz'schen Zellen des Menschen vollkommen identisch sind (Fig. 4, 5, 8).

Die freien Gruppen der Microben in den Zwischenräumen stammen, wenn auch nicht alle ohne Ausnahme, so doch zum grossen Theil — und darauf weisen die Uebergangsformen hin — von zu Grunde gegangenen Mikulicz'schen Zellen ab. Als erstes Entwicklungsstadium der letzteren kann man die selten vorkommenden Zellen mit 1—2 Microben in den Protoplasmavacuolen (Fig. 8 *mc*) betrachten (die Vacuolisirung tritt auf den aus Flemming'scher Lösung entnommenen Präparaten, wie bereits oben erwähnt, überhaupt schwach ausgesprochen auf); dagegen fand man ziemlich selten jene Uebergangsformen zwischen dem primitiven und dem höheren Entwicklungsstadium der Mikulicz'schen Zellen, wo die von Bacillen gespickte Zelle ihre Form und Kern bewahrt hatte. Eine solche Zelle ist auch auf Fig. 5 (siehe auch Fig. 9*b*, oben links) dargestellt. Somit constatirte man im Gewebe des genannten Granuloms, sowie auch in demjenigen des Menschenscleroms eine Reihe Uebergangsformen, angefangen mit einer Granulationszelle 1—2 Bacillen enthaltend bis zu einer vollkommen entwickelten Mikulicz'schen und Bildung freier Bacillenhaufen in den intercellulären Räumen. Hyalenkörper waren hier nicht anzutreffen.

Auf der hinteren Irisfläche war der beschriebene Herd der einzige von dieser Grösse, doch nahm eine dünne Schicht eines vollkommen analog construirten Gewebes bedeutende Theile dieser Fläche ein; hier fanden sich auch Bacillenhaufen, am meisten als frei unter den Zellen liegende Gruppen.

Diejenigen Abschnitte der Iris, welche etwas weniger desorganisirt waren und blos die vordere oberflächliche Schicht vom Infiltrat ergriffen, boten in den Zellen eine Menge interessanter, durch die Bacillen bedingter Veränderungen dar.

Schon früher ist bereits darauf hingewiesen worden, dass an einigen Parthien der Hornhaut und der ihr anliegenden Iris kleine, freie Zwischenräume blieben, die in der Nähe des Ciliarkörpers besonders bemerklich waren.

Bei Färbung mit Ziehl'scher Gentianalösung und nach Gram erschienen einige dieser Zwischenräume im buchstäblichen Sinn des Wortes mit kleinen Ovoiden und manchmal mit stäbchenförmigen Sclerommicroben vollgepfropft.

In anderen Zwischenräumen sah man einzelne intensiv gefärbte Stäbchen, ovoide Microben und frei schwimmende Zellen, welch' letztere sich zweifelsohne von der oberflächlichen Irisschicht losgelöst hatten. Selten stiess man auf capseltragende Microben, die alsdann durch ihre verhältnissmässig grossen Dimensionen auffielen.

In einigen endlich konnte man Haufen von Schollen verschiedener Grösse, der Färbungsweise nach hyalinen Klümpchen ähnliche finden.

Digitized by Google

Die Zellen der oberflächlichen Schichten dieses Abschnittes waren etwas grösser als gewöhnliche rundzellige Elemente, ihre Kerne von bläschenförmiger Gestalt. Hier stiess man auf Veränderungen zweierlei Art:

Im Protoplasma einiger Zellen befanden sich ein, zwei oder noch mehr Coccen mit hellem Saum, der vielleicht einer ungefärbten Microbencapsel entsprach (Fig. 6*b* und theils auch *d*).

In anderen Zellen hatten die Microben das Aussehen kleiner deutlicher Diplococcen (Fig. 6*c*), endlich fanden sich wenige Zellen mit gut entwickelten, capseltragenden kurzen Stäbchen (*a*) Die beschriebenen Zellen waren etwas grösser als gewöhnliche epithelioide.

Eine andere Zellenart dieses Abschnittes ist auf Fig. 7 dargestellt: Fast von gleicher Grösse wie die vorigen, waren sie mit homogenen Klümpchen von unregelmässiger Form angefüllt; sie liessen sich gut mit allen basischen Anilinfarben tingiren und entfärbten sich nicht nach Gram. Ihren microscopischen Eigenschaften zufolge musste man diese Klümpchen für Hyalin und die sie enthaltenden Zellen für hyalinentartete annehmen. In einigen Klümpchen (*e*) wurden Microorganismen bemerkt (Coccen, stäbchenförmige Gebilde, Pünktchen). Man stiess auch auf solche Zellen, von denen es schwer zu sagen war, ob sie Hyalinklümpchen oder absterbende Bacillen waren, die sich auch deshalb schlecht färbten (Fig. 7, Zelle *a*).

Nicht minder schwer ist auch der Befund z. B. in Zelle *d* (Fig. 6) zu erklären. Um den Kern dieser Zelle liegen drei Coccen mit heller Aureole, dann zwei Coccen mit deutlich gefärbter und gut sichtbarer Capsel und ein Doppelcocce mit schön gefärbter Capsel, der obere Coccus dieses Microorganismus erscheint an einer Stelle etwas angerissen.

In einigen hyalin degenerirten Zellen fehlten die Kerne. Man fand hier nicht gut entwickelte Mikulicz'sche Zellen, die identisch mit denen im Granulom beschriebenen gewesen wären. Die Microorganismen in den Zellen dieser Schicht wurden etwas schwächer als diejenigen des Granuloms gefärbt. Alle diese Umstände berechtigen zum Schluss, dass die in überwiegender Mehrzahl hier anzutreffenden und in Fig. 6 abgebildeten Zellen für die Microben keinen günstigen Boden zum Gedeihen und Vermehren darboten. Ihr Auftreten bedingte in einigen Zellen die Production einer Hyalinsubstanz; diese letztere hat wahrscheinlich das Absterben der Microben zur Folge.

Was das weitere Schicksal solcher Zellen wie *a* und *c* betrifft, so können wir auf Grund unserer Präparate nichts Bestimmtes sagen. Die wenigen Umstände, welche auf eine geschwächte Lebensthätigkeit der Microben hinweisen, veranlassen uns anzunehmen, dass dieselben wahrscheinlich untergehen und vom Protoplasma der Zelle entweder assimilirt werden oder durch die in der Zelle entstehende Hyalinsubstanz absterben.

Endlich kamen in der Schicht vereinzelte Haufen kleiner hyaliner Kugeln vor, die entweder in den Zellen selbst oder ausserhalb derselben lagen. Ganz wie im Scleromgewebe des Menschen wurden die hyalinen Kugeln intensiver gefärbt als die Klümpchen von unregelmässiger Configuration Sclerombacillen hat man in ihnen nie angetroffen.

In dem feinen, breitmaschigen, neugebildeten Bindegewebe, das stellenweise die weniger veränderten Irisparthien mit der Linsencapsel

Digitized by Google

und den Fortsätzen des Ciliarkörpers verbindet, fand man manchmal grosse Haufen gut entwickelter Bacillen. Ein solches Häufchen, das in dem Gewebe zwischen Iris und Fortsätzen lag, ist auf Fig. 3 dargestellt.

Der endgiltigen Vollständigkeit dieser Versuche halber bedarf es noch der Veränderungen, welche sich an der Linse abspielten, zu erwähnen.

Im Bereiche des Aequators ist das Linsenparenchym in ziemlich grosser Ausdehnung unversehrt geblieben, sonst stark verändert; die Fasern sind aufgequollen, zu einzelnen Klümpchen zerfallen, von welchen viele ein feinkörniges Aussehen haben. Zwischen diesen zerfallenen Fasern findet man viele Herde und Schichten mit grossen Haufen reiner Culturen der Sclerombacillen; einzelne derselben sind prächtig entwickelt, tingiren sich prächtig nach allen Methoden und sind fast alle capseltragend.

Der centrale Theil und der vordere Abschnitt der Linse sind von einem Erweichungsherd, der beinahe $^1/_4$ — $^1/_3$ der Linsenmasse ausmacht, eingenommen. Hauptmasse dieses Herdes bilden eitrige Zellen, Detritus und viele Sclerombacillen.

Fast von allen Seiten umgiebt diesen Herd ein eigenthümliches Gewebe, das aus grossen Zellen besteht, welche den gewöhnlichen Umfang der runden Elemente um das 3 – 4fache übertreffen.

Alle sich stark färbenden Kerne dieser Zellen in der Nähe eines Eiterherdes sind von unregelmässiger Gestalt und sehen geschrumpft aus; die Zellkörper sind von verschiedener Form: am häufigsten fast alle rund oder oval, manchmal spindelförmig oder von unregelmässiger Configuration.

Einige haben protoplasmatische Fortsätze, vermittelst welcher sie sich mit anderen solchen Zellen in Verbindung setzen. Das Zellprotoplasma ist netzartig, seine Maschen sind unregelmässig angeordnet, daher man im Protoplasma helle, den Vacuolen ähnliche Stellen beobachtet.

Der ganze Körper scheint trübe, etwa wie bestaubt (wenigstens an Picrocarminpräparaten.)

Dieses Gewebe steht unmittelbar mit dem der Iris an denjenigen Stellen, wo die Linsencapsel zerrissen, in Verbindung. Ihre eigenartigen Zellelemente sind veränderte (Rindenelemente) Rundelemente, wofür mannigfaltige Uebergangsformen sprechen.

In diesem Gewebe verlaufen gerade oder bogenförmige Capillaren.

In den dem Erweichungsherd am nächsten liegenden Zellen sieht man nicht selten 2 Kerne, von denen der eine etwas blässer und geschrumpft ist, oft aber auch aus einigen kleinen Kernchen besteht. In anderen kommen sehr kleine, schwach gefärbte (nach Gram) Micrococcen vor; manchmal sind sie vereinzelt, grösser und blau gefärbt; ihre Form scheint zuweilen anomal zu sein.

Hier und da findet man in diesem Gewebe Reste des Linsenparenchyms als Klümpchen von verschiedener Form, nicht selten mit einem grossen, blassen Kerne.

Das Aussehen dieser Zellen, die in ihnen vorkommenden Reste von Eiterzellen und degenerirten Microben lassen keinen Zweifel über die Rolle, die sie spielen, aufkommen. Diese Zellen sind Phagocyten und in letzter Zeit von Dr. Nikiforoff im Granulationsgewebe beschrieben worden.

Was den zweiten, verhältnissmässig gut gelungenen Versuch anbetrifft, so steht er dem ersten in Bezug auf die Aehnlichkeit der er-

Digitized by Google

haltenen histologischen Resultate zu denen beim Menschensclerom bei Weitem nach.

Einem jungen Meerschweinchen wurde ein Partikelchen Sclerom-gewebes in die Vorderkammer des Auges gebracht; das inficirende Stückchen stammte aus der Nase meines ersten Kranken. Man nahm ein möglichst grosses Stückchen, legte es auf ein reines Uhrschälchen, und mit durchglühten Messern wurden zwei aufeinander senkrecht stehende Schnitte gemacht; aus der Tiefe des zweiten Schnittes wurde ein Gewebspartikelchen abgetragen und mit einer Platinnadel durch eine im oberen Segment geschaffene Wunde in die Vorderkammer hineingebracht. Es trat nun die gewöhnliche Trübung der Cornea und der Vorderkammer auf; als nach einigen Tagen die Trübung abnahm, sah man im Bereiche der Pupille eine gelbliche Masse, einer Cataract sehr ähnlich. Mit der Zeit begann diese Masse sich zu vergrössern und auf die Cornea überzugehen, wo auch hier und da gelbliche Trübungen auftraten und kleine Gefässe sich entwickelten. Nach 2 Monaten und 5 Tagen wurde das Thier durch Chloroform getödtet, das Auge exstirpirt, die Cornea mit einem durchglühten Rasirmesser aufgeschnitten und Material zum Uebertragen auf Agar und Gelatine entnommen; auf beiden entwickelten sich reine Bacillenculturen.

Nachdem das Auge kurze Zeit in Flemming'scher Lösung verblieben, wurde es in Alcohol gehärtet. Beim Durchschneiden war der ganze Glaskörper mit einer dichten, weisslichen Masse — Eiter — angefüllt.

Bei der microscopischen Untersuchung erwies sich der entzündliche Process als eine Panophthalmitis. Die ganze Aderhaut war in eine Membrana pyogena verwandelt. Die Vorderkammer existirte nicht, weil Iris mit Cornea verwachsen waren. Die Linse ist ausser dem äquatorialen Abschnitt gleichfalls in eitrige Detritusmassen verwandelt, welche letzteren mit den Eitermassen im Glaskörper communiciren. Der hinteren Irisoberfläche liegt eine Gewebsschicht an, welche aus grossen, feinnetzigen Zellen besteht, die den im vorigen Versuche beschriebenen feinnetzigen vollkommen identisch sind. In den Vacuolen dieser Zellen finden sich oft kleine Herde von prächtig entwickelten, capsulirten Sclerombacillen, welche sich sehr gut sammt Capseln mit Hämatoxylin färbten. Die äquatoriale Zone der Linse weist statt ihres eigenen ein vollkommen neues, junges, breitmaschiges Bindegewebe auf; in den Maschen des letzteren liessen sich viele rundliche oder ovale Herde von grossen capseltragenden, gut tingirten Sclerombacillen antreffen. In der entzündeten Aderhaut findet man hier und da Gruppen kleiner ovaler Coccen.

Das Problem einer experimentellen Erzeugung des Scleroms als solchen kann freilich durch unsere Versuche nicht als vollkommen gelöst betrachtet werden.

Erstens ist das Sclerom des Menschen eine ausschliesslich dem oberen Abschnitt der Athmungswege und einiger mit ihm verbundener Canäle und Höhlen (Thränensack, Ohr) eigene Krankheit; die Affection des Auges wurde an Menschen nicht beobachtet; auch ist dieselbe kaum denkbar.

Zweitens ist das Sclerom des Menschen eine ausserordentlich chronische Krankheit, welche nur lokal typisch endet, während der Process in der Peripherie fortschreitet (Mikulicz).

Digitized by Google

Eine typische Beendigung des Processes an einer Stelle und eine gleichzeitige Entwickelung und Verbreitung desselben an einer anderen wurde in unseren Versuchen nicht beobachtet. Es lässt sich selbstverständlich keine Parallele zwischen der Dauer des Experiments (das Maximum der Beobachtungszeit 3 Monate und 4 Tage) und derjenigen des Scleromverlaufes ziehen. Die Beobachtungsfrist noch hinausschieben, ging nicht gut an; das Auge musste nach 3 Monaten und 4 Tagen exstirpirt werden, wollte man nicht nach Platzen der Hornhaut eine rasche Atrophie der beiden typischen Granulome heraufbeschwören; in den analogen Fällen kam es ja dazu.

Im 5. Versuche, wo die entzündlichen Veränderungen ganz unzweifelhaft nur unter dem Einfluss der Sclerombacillen entstanden waren, fand man ja schon nach 3 Monaten ein Ersetzen der Linse durch Bindegewebe, in den entzündeten Irisgeweben aber Zeichen einer bereits begonnenen Verwandlung der Infiltrate in Bindegewebe und eine sich entwickelnde Atrophie des Auges (Verkleinerung im Umfange).

Die acute diffuse Augenentzündung (Irido-cyclitis) beginnt hier unter einem ganz andern Bilde, als die Entwicklung des Scleroms beim Menschen; freilich ist diese Differenz vollkommen begreiflich, wenn man die eigenthümlichen anatomischen Verhältnisse des Auges berücksichtigt, welche ja einen günstigen Boden für die Entwicklung von Microben darbieten (Kammerwasser, Linsengewebe). Nur die Entwicklung eines specifischen Herdes in der Cornea in unserm best gelungenen Versuche erinnert an das Anfangsstadium des Menschenscleroms. Nachdem hier zuerst eine diffuse Trübung der Hornhaut aufgetreten, entwickelten sich allmählig einerseits eine Vascularisation ihres Gewebes, andererseits Ablagerungen von Infiltrationsherden, unter welchen einer das vollkommen typische Bild eines Scleromherdes darbot.

In unseren Versuchen war die Eiterung eine ziemlich gewöhnliche Erscheinung; selbst in dem allergelungensten Experiment hatte sich in der Linse ein kleiner Eiterherd gebildet, während beim Menschensclerom fast nie ein solcher beobachtet worden war.

Der Umstand, dass die Impfversuche ausserordentlich selten gelangen und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle anfangs nur vorübergehende entzündliche Erscheinungen erzeugten, die rasch von einer restitutio ad integrum gefolgt waren, findet seine Erklärung leicht in Folgendem:

1) mögen diese Thiere eine überhaupt schwache Empfänglichkeit für die Sclerombacillen besitzen,

2) hat der Krankheitserreger ganz eigenthümliche Eigenschaften, wie man sie aus Beobachtungen an Menschen kennt. Nimmt man den parasitären Character des Scleromerregers an, so muss man zugeben, dass seine Infectiosität äusserst schwach und dass für die Ansteckung durch denselben eine Combination irgend welcher uns bis jetzt noch unbekannter und äusserst selten vorkommender Bedingungen nothwendig sind. Selbst in Gegenden, wo ein endemisches Befallenwerden von Sclerom vorkommt, ist besagte Krankheit ausserordentlich selten. Vor dem Referat Robertsons (die Erkrankung zweier Schwestern an Sclerom) konnte man keinen Fall anführen, welcher auf die parasitäre Natur der Krankheit hätte hinweisen können.

Digitized by Google

Sogar Beobachtungen an Scleromkranken zeigen, wie schwach die Uebertragungsfähigkeit dieses Giftes ist. Sehr oft bleibt die Affection an einer bestimmten Region des Respirationstractus viele Jahre, ja Jahrzehnte sogar streng localisirt, ohne auf andere selbst ja als Prädilectionsstellen für das Sclerom bekannte Regionen überzugreifen, trotzdem für das Weiterschreiten des Processes die möglichst günstigen Bedingungen vorliegen.

Trotz wesentlicher Unterschiede zwischen den erwähnten clinischen Erscheinungen bei Menschensclerom und den experimentell erzeugten Veränderungen am Auge, büsst die Beweiskraft der Versuche durchaus nichts ein und erlaubt folgende Schlüsse zu ziehen:

Impfversuche mit Sclerombacillen erzeugen im Auge der Thiere unter günstigen Umständen eine gefässreiche Granulationsentzündung und bedingen das Auftreten von Granulomen, welche alle characteristischen Eigenschaften der Sclerome bei Menschen besitzen.

Auch vom klinischen Standpunkte aus erinnerte das in der Dicke der Hornhaut experimentell erzeugte Granulom an das Menschensclerom.

Nimmt man an, dass die Reincultur immer ein und desselben Microben, der stets im Gewebe eines bestimmten Granuloms anzutreffen ist und bei Thieren identische pathologische Veränderungen hervorzurufen im Stande ist, so lässt sich kaum die Rolle dieses Microben als die eines Entzündungserregers bestreiten.

Der Umstand, dass unsere experimentellen Granulome nicht auf der Schleimhaut der Athmungswege erzeugt wurden, erhöht nach meiner Meinung nur den Werth des Beweises und berechtigt zum Schluss, dass beim Entstehen des Scleroms die wesentliche Rolle nicht ein gewisses anatomisches Territorium spielt, sondern ganz entschieden ein gewisser Microorganismus, für dessen Entwicklung gerade dieses Territorium nur günstigere, ja vielleicht im menschlichen Organismus ihm nur allein zukommende Bedingungen darbietet.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. Schnitt durch die Hornhaut.
- *cr* Hornhautsubstanz.
- *e* Epithelium
- *ir* Iris.
- *u* Hornhautgeschwür.
- *c* Blutgefäss.
- *i i* Infiltrate.
- *Mc* Mikulicz'sche Zelle.

(Färbung der Präparate s. Text.) Vergr. 60.

Fig. 2. Schnitt durch den vorderen Abschnitt des Auges.
- *cr* Hornhaut.
- *ir* Iris.
- *c.c* Corpus ciliare.
- *v v v* Gefässe.
- *l l* (oben) Reste der Linse; *l* (unten) Erweichungsherd in der Linse.
- *i* Scleromähnliches Granulom.

(Picrocarmin — Ziehl'sche Gentiana-Präparate nach Gram.) Vergr. 20.

Digitized by Google

Fig. 3. Bacillenhaufen in zartem, neugebildeten Bindegewebe zwischen Iris und Corpus ciliare.
p p p Pigment.
b Bacillenhaufen mit Ziehl'scher Gentiana nach Gram gefärbt. Vergr. 500.

Fig. 4 u. 5. Typische Mikulicz'sche Zellen (die zweite mit Kern) aus dem centralen Theil des Granuloms *i* (Fig. 2).
(Färbung: Picrocarmin und Ziehl'sche Gentiana.) Vergr. 500.

Fig. 6. Bacterienhaltige Zellen. } (Färbung mit Ziehl'scher Gentiana [ausführliche Beschreibung s. Text].) Vergr. 500.
Fig. 7. Hyalindegenerirte Zellen. }

Fig. 8. Sclerom-Granulom der Hornhaut.
(*Mc* der Fig. 1.)
cr cr Veränderte Eigensubstanz der Hornhaut.
i i i Specifisches Infiltrat.
Mc Typische Mikulicz'sche Zelle mit stäbchen- und diplococcenartigen Sclerombacillen.
mc Epithelioide Zelle mit zwei Sclerommicroben in den Vacuolen.
b Einzelne Bacillen in Zellen und zwischen ihnen.
(Färbung wie in Fig. 1.) Vergr. 500.

Fig. 9. Centrale Theile des scleromähnlichen Granuloms (auf Fig. 2 *i*).
p p Pigment.
b b b b Bacillengruppen frei und in Zellen.
Mc Zerfallende Mikulicz'sche Zelle.
c.b Capseltragende Bacillen.
(Färbung wie in Fig. 2.) Vergr. 500.

Alle Zeichnungen sind vermittels des Zeichenapparates bei Zeiss'schen Apochromaten angefertigt. Die Projectionsebene des Papiers liegt immer höher als der Mittelpunkt des Raumes zwischen dem Tisch des Microscops und der oberen Fläche des Oculars.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen*).

Von

Dr. **B. Gomperz**

emer. Assistenten der k. k. Universitätsklinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

(Fortsetzung zu No. 12, 1892)[28].

Diese pathologisch-anatomischen Befunde wollte ich nur vorausschicken, ehe ich mich an die kurze Besprechung der Erkrankungen

---

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

[28]) Durch ein Versehen des Druckers wurde der Text zur Figur I in der letzten Nummer weggelassen. Dieselbe stellt ein Stück eines langen Ambossschenkels bei chron. eitriger Mittelohrentzündung dar. Die Vergrösserung ist Reichert Obj. 4, Ocul. 3; k,k = Knochen, g,g = Granulationsgewebe in den erweiterten Havers'schen Canälen, m,m = die bedeutend verdickte, von Rundzellen und erweiterten Gefässen durchsetzte, stellenweise des Epithels verlustig gewordene Mucosa.

Digitized by Google

mache, welche für die Caries der Gehörknöchelchen veranlassend sind, der Erkrankungen des oberen Trommelhöhlenraumes. Die für den Nichtspecialisten immerhin vorhandene Schwierigkeit ihrer Erkennung, die trotz zahlreicher Untersuchungen noch immer bestehende Divergenz in den Anschauungen über ihre Aetiologie, schliesslich die nicht nur die Hörfunction, sondern insbesondere das Leben bedrohende Gefährlichkeit der genannten Processe, welche bisher unter den chronischen Mittelohreiterungen die grösste Mortalität aufwiesen, bewegen mich zu ihrer Erörterung, umsomehr, als erst ihre Kenntniss den Werth der Excision des Trommelfelles mit Hammer und Amboss im richtigen Lichte erscheinen lässt.

Sie spielen sich in dem Raume des Schläfebeines ab, der über dem Niveau des kurzen Hammerfortsatzes gelegen ist und nach aussen vom inneren Ende, dem sogen. Sporn der oberen Gehörgangswand und der Pars flaccida des Trommelfelles, der sogen. Membrana Shrapnelli, nach innen vom Canalis Fallopiae, sowie dem in die Paukenhöhle vorspringenden Theile des horizontalen Bogenganges mit den angrenzenden zelligen Räumen, nach vorne zumeist vom äusseren Blatte der Schuppe und nach oben vom Tegmen tympani begrenzt wird, in jenem Raume, der nach unten hin mit der Paukenhöhle und nach hinten mit dem Antrum mastoideum communicirt; in dieser engen Höhle, welche die Synonyma Attic., oberer Trommelhöhlenraum, Kuppelraum, Recessus epitympanicus führt, die kaum Platz für eine kleine Erbse birgt, befinden sich der Kopf des Hammers mit dem Körper des Ambosses, welch' letzterer seinen kurzen Fortsatz nach rückwärts in's Antrum, seinen langen in die Paukenhöhle herab sendet. Ein Fächerwerk von Schleimhautduplicaturen und Bändern, die den Hammer am Tegmen tympani und den übrigen Wänden der Paukenhöhle fixiren, sowie die Sehne des Musculus tensor tympani, welche vom Rostrum cochleare quer durch die Paukenhöhle zum Hammergriffe hinzieht, beengen die durch den absteigenden Ambossschenkel genug eingeschränkte Communication der beiden Abschnitte der Paukenhöhle.

Durch das Ligamentum mallei externum, welches quer von der knöchernen Gehörgangswand zum Hammerhalse hinzieht, wird ein von Politzer 1870 beschriebenes Höhlensystem abgetrennt, welches nach innen vom Hammerhalse, nach unten von der oberen Fläche des kurzen Hammerfortsatzes, nach aussen von der Membrana Shrapnelli begrenzt ist und aus einer sehr variablen Anzahl kleinerer und grösserer, mit Epithel ausgekleideter Höhlen besteht und zuweilen für sich den Sitz hartnäckiger, mit Perforation der Shrapnell'schen Membran verbundener Eiterungsprocesse bildet[29]). Die grösste dieser Höhlen ist als Prussak'scher Raum bekannt.

Begünstigt durch solche Absperrung, zeigen nun Erkrankungen, welche einmal die Schleimhautauskleidung dieser Räumlichkeit und der in ihr lagernden Gehörknöchelchen befallen haben, einen schleppenden Verlauf, während dessen es nicht nur zu Störungen des Hörvermögens, sondern in Folge tieferer Läsionen am Hammer und Ambosse sowie an den knöchernen Wänden, insbesondere am Tegmen tympani, zum tödtlichen Ausgange durch Meningitis oder Hirnabscess kommen kann. Von ver-

---

[29]) Kretschmann (l. c.) hat das Bestehen dieses Politzer'schen Höhlensystems angezweifelt, Schmiegelow hat es nach Durchsicht von Schnittserien bestätigt (Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXI, pag. 219).

Digitized by Google

hängnissvoller Bedeutung können hier die gar nicht seltenen Verdünnungen des Knochens am Tegmen tympani werden, das bekanntlich oft nur von einer glashellen, papierdünnen Knochenplatte gebildet wird; noch gefährlicher werden diese Processe bei Dehiscenzen am Paukendache, wo die Dura unmittelbar die Schleimhaut der Paukenhöhle berührt. Bei Kindern findet sich dazu ein mit Gefässen von der Arteria meningea media versorgter Bindegewebszug, der, durch die Sutura petroso-squamosa ziehend, die Mucosa des Trommelhöhlendaches mit der darüberliegenden Dura in directen Zusammenhang bringt.

Die genauere Kenntniss dieser Erkrankungen datirt noch nicht lange her. Erst seit der Benutzung des reflectirten Lichtes zur Beleuchtung des Trommelfelles ist es beobachtet worden, dass die Unstillbarkeit vieler Ohrenflüsse, das Immerwiederwachsen von Polypen, durch Erkrankungen des oberen Trommelhöhlenraumes bedingt sind, welche sich in dem Vortreten von Eiter aus Perforationen über und hinter dem kurzen Hammerfortsatze manifestiren; Moos hat zuerst die Aufmerksamkeit darauf gelenkt.

Bis dahin, wo ja auch die Kenntniss der pathologisch-anatomischen Veränderungen sehr im Argen lag, wurden diese Erkrankungen nicht diagnosticirt und mögen es mit verschuldet haben, dass eiterige Ohrenflüsse für unheilbare Leiden erklärt wurden.

Ueber die Aetiologie der im oberen Trommelhöhlenraume localisirten Eiterungen waren die Ansichten lange sehr divergent. In den meisten Fällen dieser Art war die eigentliche Paukenhöhle frei von Entzündung, das Trommelfell zeigte oft keine Spuren vorausgegangener Erkrankungen, die Hörweite war auffallend gut, nur aus einer Fistel über dem Processus brevis entleerte sich Secret — sollte in diesen Fällen eine eitrige Entzündung auch des unteren Paukenhöhlenraumes dagewesen sein?

Man hatte vorher nie acute Eiterungen in der Paukenhöhle ablaufen und in den oberen Räumen fortbestehen gesehen.

Trotzdem musste dem Umstande Rechnung getragen werden, dass sich bei Sectionen von Schläfebeinen mit eitriger Mittelohrentzündung stets der obere Trommelhöhlenraum mit afficirt, seine Schleimhaut entzündet, von Eiter umspült findet. Andererseits musste man bedenken, dass eitrige Entzündungen der Paukenhöhle so rasch ablaufen können, dass keine wesentlichen Veränderungen am Trommelfelle entstehen; die kleinen Lücken schliessen sich spurlos, die Entzündungsprodukte in der Membrana tympani resorbiren sich und nach wenigen Monaten bietet sie dann ein normales Bild dar, normal an Farbe, Glanz und Wölbung.

Hielt man hiermit die mangelhafte Communication beider Paukenhöhlenabschnitte sowie die für den Secretabfluss einerseits und die Zugänglichkeit für therapeutische Agentien andererseits ungünstigeren Verhältnisse im oberen Trommelhöhlenraume zusammen, so musste es einleuchten, dass hier Eiterungen noch bestehen und schliesslich chronisch werden können, wenn sie unten bereits abgelaufen sind.

Politzer[30]) hat zwar in einzelnen Fällen beobachtet, dass selbstständige eitrige Entzündungen das von ihm beschriebene Höhlensystem

[30]) Lehrbuch II. Aufl., pag. 299.

Digitized by Google

befallen können, eine Anschauung, die auch Sexton[31]) und Walb[32]) vertreten, dass aber die meisten Fälle der Eiterungen im oberen Trommelhöhlenraume auf Entzündungen zurückgeführt werden müssen, welche über das ganze Mittelohr verbreitet waren. Dieser Ansicht ist auch Gruber[33]); Kretschmann[34]) sah hingegen Entzündungen des oberen Trommelhöhlenraumes nur nach gleichzeitigen Affectionen der Paukenhöhle. Keinesfalls darf die Möglichkeit der primären Erkrankung des oberen Trommelhöhlenraumes geleugnet werden; am seltensten dürfte das Ereigniss sein, dass dahin Keime per tubam gelangen, welche nachdem sie die Paukenhöhle passirten, ohne Schaden zu stiften, erst im oberen Trommelhöhlenraume entzündungserregend wirken. Viel naheliegender ist der Gedanke an das Eindringen solcher Keime durch die über dem kurzen Fortsatze gelegenen Trommelfelllücken, wie sie als Foramina Rivini beschrieben werden.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, näher auf die Frage des Foramen Rivini einzugehen, ich kann es nur nicht unterlassen, dieselbe hier zu streifen. So viel steht fest, dass diese Oeffnung als ein normales Vorkommniss nicht zu betrachten ist. Tröltsch hielt sie für eine Missbildung, Gruber betont zwar das häufige Vorkommen, betrachtet es aber durchaus nicht als constant, Kessel und dann Bezold fassen sie als Product pathologischer Prozesse auf und besonders letztgenannter Autor hat in seiner ebenso schönen, wie bedeutenden Arbeit: Cholesteatom, Perforation der Membrana flaccida Shrapnelli und Tubenverschluss[35]), auf die Möglichkeit hingewiesen, dass in Folge chronischer Tubencatarrhe Einrisse und Lücken in der Membrana Shrapnelli entstehen können.

Walb (l. c.) hat darauf hingewiesen, dass auch durch eine Otitis externa, welche gerade die Umrandung der Membrana flaccida befällt, Erkrankungen der dahinter liegenden Hohlräume entstehen können; wie er auch die Möglichkeit betont, dass daselbst primäre tuberculöse Herde entstehen können. Keinesfalls dürfte sich noch jetzt die Anschauung Walb's aufrecht erhalten lassen, dass die Entstehung von Fisteln in der Membrana Shrapnelli in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch Erkrankungen des äusseren Ohres veranlasst werde.

Die Erkrankungen des oberen Trommelhöhlenraumes lassen sich in folgende Gruppen bringen:

1) Erkrankungen der Schleimhaut,
2) Erkrankungen der knöchernen Wände,
3) Erkrankungen des Hammers und Ambosses,
4) Cholesteatome und sonstige Neubildungen.

Was die Erkrankungen der Schleimhaut anbelangt, so ist es selbstverständlich, dass alle entzündlichen Processe, die wir in der Paukenhöhle beobachten, sich auch in den Räumlichkeiten über derselben an der Schleimhaut etabliren können, insbesondere catarrhalische und eitrige Entzündungen. Nach längerer Dauer oder bei intensiven Graden der Entzündung werden die von der Schleimhaut wie von einem Perioste

---

[31]) Transact. of the amer. Otol. soc. 18. ann. meet. vol. III.
[32]) Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. XXVI, 16.
[33]) Lehrbuch II. Aufl., pag. 449.
[34]) Archiv für Chrenheilkunde Bd. XXV, 12.
[35]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XX.

Digitized by Google

bekleideten Knochenwände in Mitleidenschaft gezogen und erkranken an rareficirender Ostitis, Caries und Necrose, welchen Veränderungen in gleichem Maasse auch der Hammer und Amboss unterworfen sind. Schliesslich findet sich ungemein häufig im oberen Trommelhöhlenraume das sogenannte Cholesteatom, entweder als primäre, heterogene Neubildung, ungleich häufiger jedoch secundär, als pathologisches Product der in ihrer Structur veränderten Schleimhaut.

Die objectiven Symptome der acuten Entzündungen des oberen Trommelhöhlenraumes sind wenig gekannt. Da derselbe gegen den Gehörgang zu grösstentheils derbe, undurchsichtige Wandungen besitzt, können Hyperämien und Exsudatansammlungen darin nicht mit dem Auge erkannt werden. Bei stärkeren Entzündungsgraden kommt es aber zu Vorwölbungen der Membrana Shrapnelli und der ihr angrenzenden Haut-Abschnitte der oberen Gehörgangswand. Dieses Symptom, welches ich nur während des Verlaufs acuter und subacuter eitriger Entzündungen der Paukenhöhle sah, tritt seltener deutlich hervor, wenn eine Lücke in der unteren Trommelfellhälfte besteht; es kommt dann blos zu einer wenig prominenten circumscripten Anschwellung über dem Processus brevis; beim Fehlen solcher Lücken kommt es aber zu kegel- oder beutelförmigen Vorstülpungen in dieser Gegend, welche in besonders heftigen Fällen rasch (in 24 Stunden) bis zur Berührung der unteren oder vorderen Gehörgangswand anwachsen und, indem sie den Anblick des Trommelfelles ganz verdecken, für Polypen imponiren können. Nur der Umstand, dass diese Tumoren von Cutis bekleidet sind, lässt die Differentialdiagnose stellen. Stets sah ich Eiter, öfters auch Granulationen aus Lücken an der Kuppe dieser beutelartigen Vorwölbungen dringen. Nach dem Abschwellen derselben fanden sich regelmässig Lücken in der Shrapnell'schen Membran.

Walb (l. c.) und Gellé[36]) haben ähnliche Bilder gesehen; Ersterer hat sie aber als primäre Entzündungen des äusseren Gehörgangs mit secundärer Infection des oberen Trommelhöhlenraumes, Letzterer als Affectionen des inneren Endes der oberen Gehörgangswand gedeutet, welche er „Le mur de la logette des osselets de l'ouie" nennt.

Nach dem Zurückgehen der kegelförmigen Schwellungen und dem Sichtbarwerden der Lücken über dem Proc. brevis dauert die Secretion aus denselben meist nur kurze Zeit; in den Fällen, welche Kinder betrafen, habe ich stets beim Politzer'schen Verfahren die Luft durchzischen und Eiter vortreten sehen und es nur einmal nothwendig gehabt, zur Beschleunigung des Verlaufes eine Lücke im hinteren unteren Quadranten anzulegen.

Die subjectiven Symptome der acuten Entzündungen des oberen Trommelhöhlenraumes lassen sich wohl nicht leicht von denen der gleichzeitig vorhandenen Entzündung im unteren Abschnitte trennen; doch dürfte auf ihre Rechnung das Gefühl von Schwere und Eingenommensein des Kopfes, die gegen die Schläfe ausstrahlenden Schmerzen, sowie ganz besonders allfällige Schwindelanfälle zu setzen sein, welche Erscheinungen heftige Mittelohr-Entzündungen begleiten; die bei Kindern in den ersten Lebensjahren häufigen cerebralen Symptome, wie Erbrechen, Bewusst-

---

[36]) Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1889, 10.

Digitized by Google

losigkeit, Convulsionen, welche sich nach dem Durchbruche des Trommelfells rasch verlieren, sind ebenfalls auf den oberen Trommelhöhlenraum zu beziehen. Schliesslich kann auf das Ergriffensein desselben deuten die Druckempfindlichkeit des Knochens längs des vorderen Abschnittes der Anheftungslinie der Ohrmuschel.

Weit besser gekannt sind die objectiven Symptome der chronischen Entzündungen des oberen Trommelhöhlenraumes, Dank den grundlegenden Arbeiten von Politzer[37]), Morpurgo[38]), dann Walb (l. c.), Kretschmann (l. c.) etc.

Das Bild ist verschieden, je nachdem, ob das Trommelfell erhalten oder zerstört ist; in ersterem Falle finden sich Lücken über dem Proc. brevis, in der Membrana Shrapnelli, von der verschiedensten Grösse; das Secret des oberen Trommelhöhlenraumes hat sich hier seinen Ausweg gebahnt. Der Defect kann sich auch gegen oben erstrecken und durch Usur des inneren Endes der oberen Gehörgangswand so gross werden, dass das Hammer-Ambossgelenk, ja sogar das Tegmen tympani freigelegt wird. Die durch die Lücken und grösseren Defecte sichtbaren Hohlräume sind zumeist von Eiter, käsigen oder cholesteatomatösen Massen erfüllt, oder durch Granulationen, oft sogar Polypen, verlegt, nach der Ausheilung von glatter, glänzender Narbe, seltener von einer matten Epidermisschichte ausgekleidet. Bei mässiger Absonderung kann die Pars tensa des Trommelfelles fast normale Verhältnisse zeigen, öfters findet sie sich trübe, verdickt, nicht selten hyperämisch und stellenweise granulirend, besonders dort, wo der Reiz des abfliessenden Eiters zu Epithelverlusten geführt hat. Oft findet sich, wenn die Secretion keine sehr reichliche ist, eine Eiterstrasse (Reinhard[39]), die sich längs der hinteren oberen Gehörgangswand bis zur Lücke hinzieht.

Das sind Stadien der chronischen Entzündung, in welchen es zu mehr weniger tiefen Läsionen an den knöchernen Wandungen des oberen Trommelhöhlenraumes sowie der Gehörknöchelchen gekommen ist; fast immer findet sich bei Sitz der Lücke über dem Proc. brevis der Hammer erkrankt; dort, wo sich die Lücke mehr nach rückwärts ausdehnt, kann auch ein Ergriffensein des Ambosses vermuthet werden (Grunert).

Neben solchen Fisteln findet man nicht selten eine zweite Perforation im Trommelfelle; oft ist dasselbe in weiterer Ausdehnung zerstört.

Bei grösseren Lücken in der Pars tensa ist es ein häufiger Befund, dass die Mucosa am Promontorium blass erscheint, während der Eiter nur aus den Nischen neben dem Hammergriffe vortritt, oder es wuchern aus dieser Gegend Granulationen vor; die hier eingeblasene Borsäure zeigt sich zuerst oben durchfeuchtet; auch in diesen Fällen hat man es mit Erkrankungen des oberen Trommelhöhlenraumes zu thun. Kommt der Eiter oder Granulationsgewebe nur aus der hinteren Nische, so ist man berechtigt, an isolirte Ambosscaries zu denken (Grunert l. c.); ebenso wenn blos eine Perforation im hinteren oberen Quadranten des Trommelfells besteht, aus der Eiter vordringt. Geht man durch solche Lücken mit einer dünnen, gekrümmten Sonde ein, so kommt man meistens auf

---

[37]) Lehrbuch I. Aufl., p. 484.
[38]) Archiv für Ohrenheilkunde XIX.
[39]) Archiv für Ohrenheillkunde XXXIII.

Digitized by Google

rauhe, cariöse Stellen; wie weit auch die Wände des oberen Trommelhöhlenraumes mitergriffen sind, lässt sich jedoch weder aus der Ocularinspection, noch aus der Sondirung erkennen.

Das hervorstechendste Symptom ist die meist sehr foetide Eiterung; der Foetor fehlt nur selten, da es bei den hier vorhandenen schwierigen Abflussverhältnissen leicht zur Zersetzung kommt. Ungemein häufig findet man im Eiter käsige Partikel und cholesteatomatöse Fetzen; auch enthalten viele der hier vorwuchernden Granulationsmassen, seien sie nun von Epithel bekleidet — Polypen — oder nicht, eingesprengte Lager von Epidermiszellen.

Neben der Eiterung bestehen manchmal keine weiteren Beschwerden. Meistens klagen aber die Kranken über Kopfschmerz, Eingenommensein des Kopfes, subjective Geräusche und vor Allem über Schwindel. Die Nähe des Tegmen tympani, der oberen Decke dieser eiternden Höhle, zur Dura erklärt diese Symptome zur Genüge.

Als fünfte Indication zur Trommelfell-Hammer-Amboss-Excision hat Kessel die Cholesteatome der Paukenhöhle und des Processus mastoideus, welche nach den üblichen Methoden[40]) nicht entfernt werden können, genannt und betont, dass dieser Eingriff hier mit der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes verbunden werden müsse. Damit hat Kessel den Reigen der Operationsmethoden beim Cholesteatom eröffnet, welche später von Küster[41]), Zaufal[42]) und Hartmann[43]) empfohlen wurden.

Bezüglich der Entstehung des Cholesteatoms in der Paukenhöhle habe ich bereits bemerkt, dass es sich in den seltensten Fällen um primäre, heterologe Neubildungen, wie Virchow annimmt, sondern um Desquamationsproducte der in ihrer Structur und physiologischen Function veränderten Schleimhaut handelt. Durch die Beobachtungen von Schwartze[44]), Steinbrügge[45]), Habermann[46]) und Bezold[47]) ist die Thatsache unzweifelhaft festgestellt worden, dass sich das Gehörgangs- und Trommelfellepithel durch Lücken des Trommelfelles in die Paukenhöhle hinein erstrecken, hier ausgedehnte Flächen bekleiden und schliesslich zur Bildung geschichteter Epidermismassen Veranlassung geben kann. Politzer hat wiederholt in abgeschlossenen Einsenkungen der Paukenschleimhaut stecknadelkopfgrosse Epithelialkugeln gefunden, die, wie er lehrt, auch ab und zu sich zu Cholesteatomen vergrössern können. Bezold hat nun darauf hingewiesen, dass die meisten mit Perforation der Shrapnell'schen Membran einhergehenden Erkrankungen des oberen Trommelhöhlenraumes Cholesteatombildung aufweisen, eine Trennung dieser zwei Gruppen daher nicht gut möglich sei. Die Cholesteatombildung manifestirt sich durch den Abgang von geschichteten Epidermismassen resp. Zerfallsproducten derselben aus den Räumen der Paukenhöhle. Das Trommelfell ist bald bis auf die Lücke

---

[40]) von Schwartze und Wolf (Berl. klin. Wochenschrift 1877, S. 205).
[41]) Deutsche med. Wochenschrift 1889, 10—13.
[42]) Bericht der X. Versamml. südd. und schweiz. Ohrenärzte (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXI).
[43]) Bericht der X. Versamml. nordd. Ohrenärzte, Ostern 1890 (Ibidem).
[44]) Pathologische Anatomie.
[45]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde VIII, pag. 224.
[46]) Archiv für Ohrenheilkunde XXII, pag. 42.
[47]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde l. c. und XXI, 8.

Digitized by Google

über dem Proc. brevis erhalten, bald mehrfach perforirt, oder ganz zerstört, wobei sich die Gehörknöchelchen in verschiedenster Weise mitafficirt zeigen; oft sind ausgedehnte Defecte der oberen und hinteren Gehörgangswand, mit weitem Einblick in Attic. und Antrum mastoideum vorhanden. Theils findet man hier die characteristischen Epidermismassen im Spülwasser, theils sieht man sie als weissliche Fetzen, welche aus den Trommelfelllücken vorragen, oder als weissliche Membranen, welche die hinter den Lücken sichtbaren Räume auskleiden, oder als weissgelbliche, derbe Massen, welche dieselben erfüllen. Oft gelingt es erst durch Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle, dieselben zu Gesichte zu bekommen. In einem meiner Fälle, den ich auch Herrn Prof. Politzer zu demonstriren Gelegenheit hatte, war die Membrana Shrapnelli durch

Fig. II.

ein etwa hanfkorngrosses Cholesteatom der Paukenhöhle nach aussen vorgewölbt, prall gespannt, weiss, glänzend; nach mehreren erweichenden Einträufelungen gelang es, mit der Hartmann'schen Canüle, welche ich durch die Perforation hinter dem Hammergriffe eingeführt hatte, ein kugeliges, perlmutterglänzendes Cholesteatom auszuspritzen, worauf die Vorwölbung über dem Processus brevis verschwunden war.

Sehr häufig findet man neben Cholesteatomen, offenbar in Folge des Bestehens derselben, Granulationsgewebe und Polypen, welche aus den Lücken hervorwachsen; zur Zeit rapiderer Volumszunahme der Cholesteatome habe ich erstaunlich rasches Wachsthum polypösen Granulationsgewebes gesehen.

Ferner habe ich, der Ausstossung von Cholesteatomen vorausgehend, sowie Aufquellungen derselben begleitend, des Oefteren ein Symptom beobachtet, das von anderer Seite meines Wissens bisher nicht angeführt wurde: „eine ganz excessive Zuschwellung des ganzen Gehörganges".

Diese Zuschwellung muss wohl auf den gesteigerten Seitenwanddruck im oberen Trommelhöhlenraum zurückgeführt werden; ob dadurch etwa reflectorisch eine Paralyse der Gehörgangsgefässe erzeugt wird, erscheint mir noch nicht gewiss; von der Otitis externa unterscheidet sie sich durch das Fehlen der Empfindlichkeit, besonderer Hyperämie und Secretion der oedematösen Haut.

In einem Falle von schwerer Ohraffection, wo Schwindel, Erbrechen, jedoch kein Fieber bestand, stellte ich aus dem Vorhandensein einer solchen Zuschwellung des Gehörganges, aus welchem nur spärlicher Eiter und sehr wenig Epidermisfetzen ausgespritzt werden konnten, wobei ferner kein Perforationsgeräusch zu hören war, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf ein Cholesteatom; bei der Aufmeisselung fand sich eine den oberen Trommelhöhlenraum erfüllende Perlgeschwulst.

Unter den subjectiven Symptomen ist neben Schmerzen in der Scheitel-, besonders aber in der Schläfegegend der betreffenden Seite der Schwindel als das hauptsächlichste zu nennen; bei keiner Ohrerkrankung habe ich so stürmische Schwindelanfälle erlebt, wie beim Cholesteatom im oberen Trommelhöhlenraum; auch habe ich keinen derartigen Fall gesehen, der nicht von Schwindel begleitet gewesen wäre. Die Klagen über subjective Geräusche und Hörstörungen stehen hier im Hintergrunde.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Kritiken.

Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. Von Prof. Dr. Schrötter in Wien. In 6 Lieferungen mit 113 Holzschnitten. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller, k. k. Universitätsbuchhändler.

Mit dem kürzlich erschienenen 6. Hefte ist ein Werk zum Abschluss gelangt, welches mit Recht ein classisches genannt werden muss. Der geehrte Verfasser, ein Schüler Türck's, der an der Pflanzstätte und Centrale der Laryngologie mehrere Decennien wirkte und unzählige Schüler aus aller Herren Länder zu seinen Füssen sitzen hat, hat in dem vorliegenden Buche die Erfahrungen seines Lebens niedergelegt und dieselben der wissenschaftlichen Welt in Form von Vorlesungen zugänglich gemacht. Dass der Vortrag klar und einfach, die Sprache fliessend, die Darstellung objectiv und nach jeder Richtung erschöpfend ist, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Der Referent kann nur auf einzelne Punkte hinweisen, die ihm wichtig erscheinen. Das Vorkommen „catarrhalischer Geschwüre" stellt Verfasser mit Virchow in Abrede; Referent giebt gerne zu, dass, wenn einmal ein Geschwür oder Substanzverlust vorhanden ist, von einem Catarrh eigentlich nicht mehr die Rede sein kann, andererseits aber muss Referent als feststehende Thatsache constatiren, dass im Verlaufe einer acuten Laryngitis aus Epitheltrübungen Erosionen, oberflächliche und sogar tiefergehende Substanzverluste sich entwickeln können, und zwar bei Individuen, welche weder vorher mit einer Dyscrasie behaftet waren, noch anch später davon befallen wurden; möglich ist ja, dass ein Trauma, die Reibung der entzündeten Stimmbänder oder explosive Hustenstösse zu der Entstehung der Substanzverluste Anlass geben; Referent sah dieselben ausschliesslich an den freien Rändern der vorderen Stimmbandpartien häufig symmetrisch und hält vom klinischen Standpunkte aus die Bezeichnung „catarrhalische Geschwüre" für berechtigt. Dass die Bezeichnung „Chorditis vocalis inferior" hingegen im Allgemeinen unrichtig ist, muss Ref. mit dem Verf. bestätigen, denn in der Regel handelt es sich um Schwellungen, welche nicht von den Stimmbändern, sondern von der Schleimhaut des unteren Kehlkopfabschnittes ausgehen; ebenso richtig ist, dass die Bedeutung der Chorditis vocalis inferior eine sehr verschiedene ist, dass sich Tuberculose, Syphilis, Rhinosclerom, ja selbst maligne Neubildungen unter dieser Maske verstecken können. Gegen die Schlingbeschwerden der Larynxphthisiker empfiehlt Verf. Einblasungen von Morphiumpulver, das eine längeranhaltende Wirkung habe, als das Cocain. Mit vollendeter Meisterschaft sind die Capitel Narben, Stenosen, Neubildungen und Neurosen behandelt. Den Accessorius hält Verf. trotz neuerer entgegenstehender Experimente immer noch für den eigentlichen Bewegungsnerven des Kehlkopfes, womit Referent völlig einverstanden ist, zumal die Thierexperimente nicht im Stande sind, die klinischen Thatsachen über den Haufen zu werfen; im Uebrigen schliesst sich Verf. voll und ganz den bahnbrechenden Untersuchungen von Semon—Horsley an, namentlich auch in der Frage der Posticuslähmung. Isolirte Lähmung des Cricothyreoideus hingegen will Verf. noch nicht beobachtet haben.

Digitized by Google

Möge das vortreffliche Werk, aus dem nicht nur der Anfänger lernen, sondern auch der Fachmann sich Belehrung und Rath erholen kann, nicht der laryngologische Schwanengesang des geehrten Verfassers werden, möge derselbe auch in seinem neuen erweiterten Wirkungskreise Zeit und Lust finden, sein im Titel des Buches gegebenes Versprechen zu erfüllen und auch die Krankheiten der Luftröhre, des Rachens und der Nase nachfolgen zu lassen. Schech.

Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus. Von Dr. R. Ewald, Professor in Strassburg. Verlag von Bergmann, Wiesbaden.

Ueber vorliegende Arbeit des bekannten Physiologen ein gedrängtes und dabei gleichwohl verständlich bleibendes Referat zu geben, ist bei der überreichen Fülle des Stoffes nicht thunlich; wir müssen uns begnügen, die Schlussfolgerungen zusammenzustellen, welche der Autor aus seinen Beobachtungen, besonders über die Störungen nach doppelseitiger Labyrinthexstirpation bei Thieren gezogen hat, in der Ueberzeugung, dass der Leser dadurch um so mehr zum Studium des höchst interessanten Buches selbst Veranlassung nehmen wird.

Das Labyrinth besteht aus zwei functionell verschiedenen Apparaten, 1) dem Hörlabyrinth, dem eigentlichen Gehörorgan, 2) einem Organe, welches einen in seiner Eigenart schwer definirbaren Einfluss auf die gesammte quergestreifte Musculatur ausübt; weil der dadurch bedingte Zustand sich am ehesten noch mit dem Muskeltonus in Vergleich bringen lässt, benennt E. diesen Labyrinthabschnitt das „Tonuslabyrinth". Nach dieser Auffassung ist der Name des N. acusticus nur theilweise zutreffend und wird durch die nichts präjudicirende Bezeichnung Octavus ersetzt.

Das Hörlabyrinth umfasst das Gebiet der Schnecke, über deren physiologische Bedeutung E. völlig neue Vorstellungen entwickelt, und zwar auf Grund der an Tauben und Hunden gemachten Beobachtung, dass der Stamm des Octavus auch nach vollständiger doppelseitiger Labyrinthzerstörung für alle lauten Geräusche und alle Töne bis a'' noch schallempfindlich ist; die tieferen Töne werden besser vernommen als die höheren. Da also der Octavus durch Schallwellen direct gereizt werden kann, so ist ein besonderes Organ für die Umsetzung des Schalls in einen Nervenreiz, für welches bisher die Schnecke angesehen wurde, nicht nöthig und nicht wahrscheinlich, vielmehr scheint die Schnecke lediglich die Aufgabe zu haben, den Schall je nach seiner Qualität auf verschiedene Fasergebiete des Octavus zu vertheilen, also eine dem dioptrischen Apparate des Auges vergleichbare Projection des Schallbildes im Corti'schen Organ zu bewerkstelligen. Aber weiter geht die Aehnlichkeit zwischen Auge und Ohr nicht; das Licht erregt nicht direct die Opticusfasern, das Schallbild aber kann direct auf die Octavusfasern einwirken, d. h. als Tonempfindung wahrgenommen werden.

Das Tonuslabyrinth hat die Function, in der gesammten quergestreiften Körpermusculatur einen beständigen Ohrtonus zu erzeugen, damit die intendirten Bewegungen mit der nöthigen Präcision vor sich gehen können. Eine besondere Steigerung des Ohrtonus führt zur Muskelzusammenziehung, sein Fehlen bewirkt zwar keine Lähmung, er-

Digitized by Google

schwert aber die Präcision der Bewegungen, und sind die Störungen um so grösser, je mehr Präcision bei den normalen Bewegungen angetroffen wird. Jedes Labyrinth steht mit jedem Muskel in Verbindung, und zwar vorzugsweise mit den Muskeln der gekreuzten Seite, welche die Wirbelsäule und den Kopf bewegen; sodann mit den Streckern und Abductoren der gleichen, den Beugern und Adductoren der gekreuzten Seite; alle Augenmuskeln mit Ausnahme des M. rectus ext. scheinen hauptsächlich von dem gleichseitigen Labyrinthe abzuhängen. — Zur Beantwortung der Frage nach der Art der Erregungen des Octavus im Tonuslabyrinth erinnert E. daran, dass die Nervenenden mit Haare tragenden Zellen in Verbindung stehen, und dass die Annahme sehr wahrscheinlich ist, dass sich diese „Tonushaare" activ bewegen, wenngleich diese Bewegungen auch microscopisch nicht wahrnehmbar sind. Gleich Flimmerepithelien würden auch die Tonushaare die Endolymphe in bestimmter Richtung fortbewegen und von einer durch andere Kräfte erzeugten Bewegung der Endolymphe ihrerseits wieder in ihrer Thätigkeit je nachdem verstärkt oder geschwächt werden, wie dies aus Versuchen (Rotation) erhellt. Die Veränderungen, welche die beständige Thätigkeit der Tonushaare in den Ampullen in Folge der Remanenzbewegung der Endolymphe in den Bogengängen erleidet, nehmen wir als Kopfdrehung wahr. Diese Wahrnehmung aber ist die Function eines sechsten Sinnes, welche sich nicht unter die verschiedenen Qualitäten des Gefühlssinnes einreihen lässt; indem das Tonuslabyrinth, vielleicht in seiner ganzen Ausdehnung, jedenfalls aber in seinen Ampullen durch die Drehungen des Kopfes beeinflusst wird und eine Wirkung der letzteren je nach ihrer Richtung und Stärke auf den Körper vermittelt, ist es ein Sinnesorgan. Durch die Kopfdrehungen und ihren auf den halbcirkelförmigen Canal der einen Körperseite tonusverstärkenden, auf den entsprechenden Canal der anderen Seite aber tonushemmenden Einfluss (da ja die in derselben Canalebene liegenden beiden Canäle entgegengesetzte Richtung haben, so dass, wenn das Ampullenende des einen bei der Drehung voranschreitet, beim andern nachfolgt) wird in den von den Tonushaaren in den Ampullen versorgten Muskelgruppen auf der einen Körperseite der Ohrtonus verstärkt, auf der anderen abgeschwächt und so das Muskelgefühl in diesen Muskeln verändert. Werden diese Wechselbeziehungen zwischen den Wahrnehmungen der Kopfdrehung und der Muskelbewegungen, auf welchen grossen Theils die Sicherheit unserer Bewegungen beruht, irgendwie gestört, z. B. bei stärkerer Rotation, schwankender passiver Bewegung, ungewohnter Kopfhaltung, so empfinden wir Schwindel; es ist also das Labyrinth zum Zustandekommen des Schwindels nothwendig.

Während so den Nervenendigungen in den Ampullen die Function eines Sinnesorgans neben ihrer Tonusfunction vindicirt wird, glaubt E. die Functionen der Maculae acusticae dahin präcisiren zu müssen, dass sie ausser der ihnen von Breuer neuerdings zugeschriebenen Vermittlung der Wahrnehmungen der Lage und Progressivbewegungen, vermittels ihrer Otolithen bei allen Bewegungen und Erschütterungen des Kopfes die Thätigkeit der Tonushaare verstärken, event. den bei längerer Ruhe wohl herabgesetzten Ohrtonus zu neuer Thätigkeit erwecken. — Zum Schlusse sei es gestattet, weil sich in derselben die ganze im Vorstehen-

Digitized by Google

den aufgestellte Anschauung E.'s gleichsam in nuce wiederfindet, die Darstellung der genetischen Entwicklung des Endorgans des Octavus nach den Anschauungen und Worten des Autors wiederzugeben: „Ursprünglich besteht der ganze Endapparat des Octavus nur aus dem Tonuslabyrinth, das die Aufgabe hat, beständig auf die Muskeln des Körpers zu wirken. Wenn während langer Zeiten (Schlaf etc.) die Muskeln keine Bewegung ausführen, und das Thier in Folge dessen nicht erschüttert wird, so geräth auch das Tonuslabyrinth in Unthätigkeit, d. h. die Tonushaare hören auf zu flimmern. Sobald sich das Thier wieder bewegt, werden dieselben durch die Otolithen zur Thätigkeit angeregt, und indem auf diese Weise die Bewegungen des Thieres auf das Tonuslabyrinth wirken, ist dasselbe auch ein Sinnesorgan. — Ein Theil des Tonuslabyrinths, speciell diejenigen Tonushaare, welche auf die Muskeln der Augen, des Kopfes und Halses wirken, entwickelt sich dann vermöge der Ausbildung der Bogengänge zu dem die Cristae acusticae ampullarum enthaltenden Goltz'schen Sinnesorgan. Was die Otolithen selbst bei ihrer besten, d. h. functionell vortheilhaftesten Anordnung nur roh und im Allgemeinen erreichen, kommt durch das Goltz'sche Organ für einen Theil der Musculatur mit grösster Präcision zu Stande. Wahrscheinlich schon früher als die Bogengänge entstanden sind, hat sich aber ein Theil der Tonushaare zu Hörhaaren differenzirt. Ihre selbstständige flimmernde Thätigkeit ist erloschen, und statt dessen werden sie durch den Schall in schwingende Bewegung versetzt. Letztere überträgt sich direct auf die Octavusfasern, von denen wir ja wissen, dass sie auf diese Weise erregbar sind. Eine Verbindung mit den Muskeln ist bei Hörhaaren nicht mehr vorhanden, auch fehlen die Otolithen, die hier ihre Bedeutung verloren haben." Keller.

III. Referate.

a) Rhinologische:

Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung. Von Dr. Arthur Hartmann in Berlin. (Mit 2 Figuren.) Vortrag, gehalten am 2. Sitzungstage des XXI. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, 10. Juni 1892. Sonder-Abdruck aus v. Langenbeck's Archiv, Bd. XLV, Heft 1.

Der Vortrag wird eingeleitet mit der Vorstellung eines Patienten, bei welchem es nur durch Sondirung und Ausspülung der Stirnhöhle gelang, ein durch Trauma vor vielen Jahren entstandenes Stirnhöhlenempyem als Ursache langjähriger, neuralgischer Kopfschmerzen zu diagnosticiren und durch Eröffnung der Stirnhöhle zu heilen. Sodann wird ein Präparat demonstrirt, bei dem die Stirnhöhle ganz fehlt und ein anderes, bei dem eine Siebbeinzelle bis zur vorderen Stirnhöhlenwand vorspringt. — Bezüglich des Verhaltens des sehr variirenden Ductus nasofrontalis sieht H. den Grundtypus im völligen Fehlen eines solchen und in der directen Mündung der Stirnhöhle in den äusseren Theil des mittleren Nasenganges durch eine breite Spalte. Ist nun der unterste Theil der Stirnhöhle durch Siebbeinzellen verengt, so kann in der Mitte ein Raum frei bleiben, welcher als „Ductus nasofrontalis" bezeichnet

Digitized by Google

werden kann und meist in die vordere Furche des Infundibulum, manchmal hinter ihr in den äusseren Theil des mittleren Nasenganges einmündet. Bei freiem Zugange vom mittleren Nasengange aus, können entsprechend gekrümmte Sonden leicht in die Stirnhöhle gelangen. Ungleichmässige Entwickelung der den Ductus bildenden Zellen kann denselben in die verschiedensten Richtungen abdrängen, wie vorgelegte Präparate lehren. Da die den Ductus umfassenden Zellen sich in diesen selbst eröffnen, so kann die Sonde sich in jeder dieser Höhlen verfangen; man darf darum, wenn die Sonde nur 1—2 cm. über den Anfang der mittleren Muschel vordrang, noch nicht behaupten, in der Stirnhöhle zu sein.

Dass der Zugang zu dieser noch erschwert sein kann, 1) durch starke Entwickelung, Umrollung oder Höhlenbildung der mittleren Muschel, 2) starkes Vorspringen des Processus uncinatus, 3) Vorspringen einer Bursa ethmoïdalis, beweisen demonstrirte Präparate.

In nahezu der Hälfte der Fälle hält H. die Sondirung der Stirnhöhle für durchführbar und die Ausspülung derselben, bei genügendem Zugange, für hinreichend zur Heilung von Stirnhöhlenempyemen.

Dr. R. Hitschmann.

Ueber Rhinitis pseudomembranacea. Von Dr. v. Starck in Kiel. (Berl. klin. Wochenschr. No. 42, 1892.)

Drei Fälle, zwei 20jährige und einen 26jährigen Arbeiter betreffend, in denen nach wenigen Tagen heftiger Kopfschmerzen und Gefühl von Verstopftsein der Nase sich ohne nachweisbare Ursachen und ohne Temperatursteigerung die genannte Krankheit entwickelte. Sie setzte ohne vorherige stärkere schleimige oder schleimig-eitrige Secretion ein, diese trat vielmehr erst mit Nachlass der Membranbildung ein und bildete das Ende der Nasenaffection; die membranösen Massen wurden nach und nach brüchiger, weicher und gingen so in schleimig-eitrige über. Die Membranen sassen der Schleimhaut überall lose auf, nie wurden dieselben künstlich entfernt, sondern kamen bei dem Schnäuzacte ohne Schwierigkeit heraus. Die Production war besonders in den ersten 8—14 Tagen eine massenhafte, zum Theile unverkennbare Abgüsse ausgedehnter Parthien des Naseninnern darstellende. Die Membranen waren geruchlos und bestanden microscopisch vorwiegend aus Zellen; das Fibrinnetz war nicht so stark entwickelt, wie in diphtheritischen Häuten. Der Löffler'sche Diphtheriebacillus fehlte stets und hat die bacteriologische Untersuchung keinen bestimmten Aufschluss über die etwaigen Erreger der Nasenaffection gegeben. Auch der Nachweis anderweiter ätiologischer Momente gelang nicht.

Beschorner.

Behandlung der Nase und des Halses als Krankheitsquelle für das Mittelohr. (Treatment of the nose and throat as a source of middle-ear disease.) Von Thomas Barr, M. D. (Lancet, 17. Dec. 1892.)

Verf. bespricht die Einspritzungen, die Aetzungen, Operationen in Nase und Hals und kommt dann zu den üblichen Vorsichtsmassregeln. Er empfiehlt unter anderem, dass der Kranke, wenn Flüssigkeit in das Ohr eingedrungen sein sollte, mehrere Male mit zugehaltener Nase

Digitized by Google

schlucken solle, dass, wenn nach Operationen die Nase zugeschwollen sei, man von Einspritzungen lieber ganz Abstand nehmen solle, und dass die Instrumente vor den Operationen sorgfältig desinficirt sein müssten, den Fingernagel eingeschlossen, wenn man ihn zur Entfernung der adenoiden Vegetationen brauchen wolle. Prof. Schm.

b) Pharyngo-laryngologische:

Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta. Von Dr. J. Gurovitsch in Odessa. (Berl. klin. Wochenschr. No. 44, 1892.)

Mittheilung von 13 Krankengeschichten, aus denen G. folgende Schlüsse zieht: Die an sich seltene acute Entzündung der Zungentonsille führt noch seltener zur Angina epiglottica und Glossitis acuta idiopathica. Die uncomplicirten Formen aber der Entzündung der Zungendrüse werden oft versehen. Im Isthmus faucium und Pharynx wird dieser oder jener Theil des adenoiden Gewebes betroffen und am oftesten die Tonsillen als Tonsillitis follicularis. Diese folliculären Processe können sich auch auf die Zungentonsille beschränken. Unzweifelhaft infectiöser Natur, geben sie zur Ansteckung der sie umgebenden Theile Anlass, somit zu Entzündungserscheinungen an der Zunge und am Kehlkopfeingange. Das klinische Bild kann bei ein und demselben Kranken wechseln, um bald in der Form der Ang. epigl., bald der Glossit. ac. zu erscheinen, die Zungenschwellung schwindet, bald kehrt sie wieder. Wie bei der Angina phlegmonos. das umgebende Zellgewebe durch Infection vereitert, so gehen auch die Entzündungsherde der die Zungentonsille umgebenden Theile in Eiterung über. Wie die Angina phlegmonos. ein Endproduct der infectiösen Tonsillitis ist, so auch eie Angina epiglottica und die Glossitis acuta idiopathica ein Ausgangspunkt der Entzündung der Zungentonsille. Beschorner.

Die Blutgefässe der Schilddrüse in Kröpfen. (The bloodvessels of the thyreoid gland in goitre.) Von R M Horne, M. B. (Lancet, 26. November 1892.)

Verf. hat seine Untersuchungen unter Recklinghausen gemacht. Er fand, dass die Zellen der Intima Knospen von Zellen entwickeln, welche in das Lumen der Arterie vorspringen und natürlich das Lumen sehr verengern. Die Knospen bestehen aus runden oder polygonalen Zellen, umgeben besonders auch nach dem Lumen hin von einer Lage endothelartiger Zellen. In anderen Fällen springen die Knospen nicht in das Lumen vor, sondern vergrössern sich auf Kosten des Raumes der Muscularis oder bilden eine dicke Lage in der Wand der Arterie. Einzelne Schnitte zeigten in den Knospen colloide Massen, sie können also colloide Materie bilden oder absondern. Sie finden sich nur in den kleineren Arterien, die grossen sind frei von Knospen. Er fand sie auch in drei Schilddrüsen von neugebornen Kindern.

In drei anderen fand er sie erst nach längerem Suchen.

Prof. Schm.

Digitized by Google

Einige Bemerkungen über hysterisches Stummsein. (Quelques observations sur le mutisme hystérique.) Von Dr. Paul Koch. (Congrès annuel des laryngologistes et otologistes belges, Liège 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1892.)

3 Der Name „hysterisches Stummsein" soll nach dem Beispiele von Solis Cohen durch „Apsithyria" ersetzt werden, damit keine Verwechselung mit Taubstummheit stattfinden könne, und zweitens, weil es sich nicht immer dabei um Hysterie handelt. Verf. giebt die Differentialdiagnose mit Aphasie, Aphonie, Taubstummsein, Stottern, Stammeln, Lallen und Simulation. Immer centralen Ursprungs; das Leiden stellt das non plus ultra des eingebildeten Aufgehobenseins der Stimmfunctionen, sowohl in qualitativer als in quantitativer Beziehung dar. Auf die subjectiven Symptome kann man sich nicht verlassen; das Laryngoscop giebt einen negativen Befund. In den meisten Fällen muss man die Hysterie als prädisponirendes Moment annehmen und diese Fälle sind dann langwierig. Bei starken, nicht hysterischen Männern kann Apsithyrie plötzlich, besonders nach reichlicher Mahlzeit, durch eine heftige Gemüthsbewegung auftreten; diese Fälle heilen dann schnell und von selbst. Prognose günstig; Heilung plötzlich, Behandlung verschieden und undankbar. Dr. P. K.

Myxödem mittelst Einspritzungen von Thyroidealsaft behandelt. (Myxoedema treated by injections of thyroid juice.) Von Hurry Fenwick, London. (Lancet, 22. October 1892.)

Beide Patientinnen hatten sich darauf gebessert und bei beiden war jedesmal die Urinmenge vermehrt. Er erklärt diese Wirkung durch die Einwirkung auf das Blut, welches leichter durch die Nieren durchtrete. Er findet, dass seine Ansicht unterstützt werde durch die Wirkung auf das Wachsthum der Haare, die Absonderung des Schweisses und der Menses. In der Discussion in der pathologischen Gesellschaft von London erwähnte Ruffer, dass in zwei Fällen, welche er so in Paris habe behandeln sehen, der Urin keine Veränderung gezeigt habe. Der eine Fall, eine 25jährige Frau, sei drei Monate nach der ersten Einspritzung geheilt gewesen, die andere habe einen sehr grossen Nutzen davon gehabt. Morison gab an, dass er dieselben günstigen Ergebnisse auf Urin und allgemeines Befinden durch Massage erzielt habe, dass aber der Nutzen nicht Stand gehalten habe. Prof. Schm.

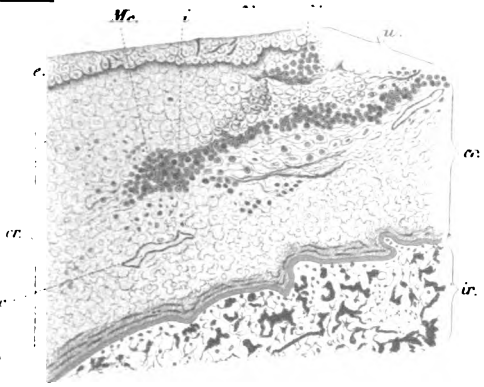
INHALT.

I. Originalien: Stepanow: Zur Aetiologie des Scleroms. — Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (Fortsetzung). — II. Kritiken: Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. — Ewald: Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus. — III. Referate: a) Rhinologische: Hartmann: Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung. — Starck: Ueber Rhinitis pseudomembranacea. — Barr: Behandlung der Nase und des Halses als Krankheitsquelle für das Mittelohr. — b) Pharyngo-laryngologische: Gurewitsch: Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta. — Horne: Die Blutgefässe der Schilddrüse in Kröpfen. — Koch: Bemerkungen über hysterisches Stummsein. — Fenwick: Myxödem mittelst Einspritzungen von Thyroidealsaft behandelt.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

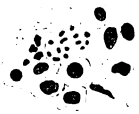
Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung in Berlin W., Genthinerstr. 32
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

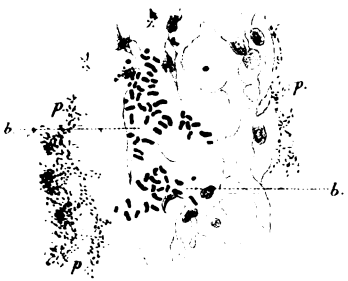
Digitized by Google



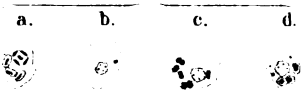
4.

3.

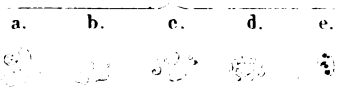




6.



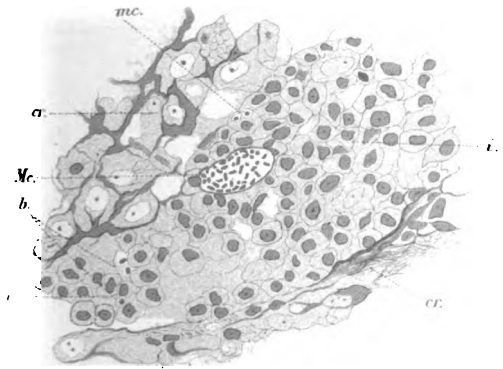
7.



5.

9.

8.



Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. **Berlin, Februar 1893.** **No. 2.**

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen*).

Von

Dr. **B. Gomperz**

emer. Assistenten der k. k. Universitätsklinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

(Fortsetzung zu No. 1, 1893).

Bevor ich mich des Näheren über die Erfolge der Hammer-Ambossexcision im Vergleiche zu denen der conservativen Behandlungsmethoden ausspreche, will ich noch Einiges über ihre Indicationen anführen. Mit den früher (pag. 344, 1892) erwähnten Indicationen ist die Reihe derselben durchaus nicht geschlossen.

Schon Schwartze[48]) hatte günstige Erfolge bei der Operation von Hammerfixationen gesehen, welche nach dem Ablaufe eitriger Entzündungen entstanden waren; Stacke[49]) weist nun auf die Formen von

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

[48]) Die chir. Krankheiten des Ohres. 1885.

[49]) Archiv f. Ohrenheilkunde XXXI, pag. 204.

Digitized by Google

Hammerfixation hin, welche durch flächenhafte Verwachsung des Trommelfelles mit dem Promontorium entstehen, wie sie nicht nur als Residuen eitriger Processe, sondern auch im Anschlusse an einfache exsudative Mittelohrcatarrhe mit lange dauerndem Tubenverschluss vorkommen und es ist ihm, allerdings mit einer gewissen Einschränkung, beizupflichten, wenn er für diese Fälle die Hammer-Amboss-Excision empfiehlt.

Politzer[50]) hat nämlich in einer Reihe solcher Fälle mit Erfolg ein einfacheres Operations-Verfahren geübt, indem er durch passend angebrachte Incisionen in das verdickte Narbengewebe den Hammer aus seinen abnormen Verbindungen befreite und damit der ganzen Kette der Gehörknöchelchen eine erhöhte Schwingbarkeit wiedergab. Dieses Verfahren sollte in jenen Fällen keinesfalls unversucht bleiben. Erst dann wäre die Hammer-Amboss-Excision auszuführen, wenn nach der Vernarbung der status quo ante wiederkehrte, oder die einfachen Incisionen ungenügenden Erfolg brächten.

Kessel übt, wie aus einer Arbeit seines Schülers Müller[51]) zu ersehen ist, in letzterer Zeit die Hammer-Amboss-Excision auch bei den Formen von Mittelohreiterungen, wo grössere nieren- und herzförmige Perforationen sowie Destructionen des Trommelfelles bis auf den vorderen oberen Rand mit perspectivischer Verkürzung und Anlagerung des Hammers am Promontorium bestehen, ferner bei Totalperforationen.

Beim Vorhandensein derartiger Lücken werde, so lange die Tensorsehne vorhanden ist, zugleich mit dem Hammergriff, der seines normalen unteren Haftbandes durch Verlust der Lichtkegelfasern beraubt sei, die ganze Kette der Gehörknöchelchen in der Richtung nach dem Labyrinthe zu hineingezogen; die Gelenkflächen von Hammer und Amboss kämen aus ihrem normalen Contact und werden incongruent. Bei dem bestehenden Drucke entstände ein dauernder Reizzustand in Gelenkflächen und Capsel, der in ihnen, sowie in der Schleimhaut zu Hyperämieen führe. Dabei stehe den Microorganismen durch Tuba und Trommelfellperforation der Zugang zu den erkrankten Partien frei, um die Hyperämieen zu Entzündungen anzufachen, die sich dann nicht nur auf die Gehörknöchelchen beschränken.

Zur definitiven Beseitigung der Otorrhoe, sagt Müller, und damit bringt er die Anschauungen Kessel's vor, gäbe es in solchen Fällen kein anderes Mittel, als die erwähnte Operation.

Einer solchen Anschauung kann, so schön auch der theoretische Aufbau ist, denn doch nicht energisch genug widersprochen werden; sie hat wohl nur für jene Fälle Berechtigung, wo die Eiterung aus dem oberen Trommelhöhlenraume stattfindet; wo dies nicht der Fall ist, kommt die Eiterung sehr rasch und definitiv bei herz- und nierenförmigen, Lichtkegel- und Totalperforationen zur Ausheilung, wenn man nur das richtige Verfahren einschlägt. Ich verfüge über eine grosse Reihe solcher Fälle, die ich in kürzester Zeit mit andauerndem Erfolge heilte, zum Theile mit Erhaltung eines Hörvermögens, wie es nach der Hammer-Amboss-Extraction gewiss nicht zu verzeichnen gewesen wäre, und jeder

[50]) Lehrbuch I. Aufl., II. Bd., pag. 572 u. ff.
[51]) Archiv für Ohrenheilk. Bd. XXXII, pag. 94 u. ff.

Digitized by Google

Otiater von nur einiger Erfahrung wird über genug derartige Fälle berichten können.

Eine wichtige Indication für die Excision des Trommelfelles mit Hammer und Amboss finde ich aber in dem Bestehen von Entzündungen im oberen Trommelhöhlenraume bei der acuten Otitis media suppurativa, dort, wo Schwindel, Uebelkeiten resp. Erbrechen und Kopfschmerz nach der Vornahme der Aufmeisselung des Antrums nicht rasch nachlassen.

In diesem Falle erscheint mir auch bei den geringfügigsten Symptomen einer Affection im oberen Trommelhöhlenraume die Indication vorhanden, mit der Vornahme der Hammer-Amboss-Excision nicht zu zaudern, da wir hierdurch sicherlich eventuellen lethalen Folgezuständen vorzubeugen im Stande sind; ganz besonders wird sich der Nutzen des Eingriffes dort erweisen, wo bei erhaltenem Trommelfelle der Eiterabfluss ungenügend und auch durch die Paracentese nicht ausgiebig herzustellen ist.

Bei der hohen Wichtigkeit dieser hiermit angeregten Frage erscheint es mir gerechtfertigt, eine diesbezügliche lehrreiche Krankengeschichte ausführlich vorzulegen. Dieselbe stammt von einem Kranken, der trotz der Trepanation des Warzenfortsatzes, bei welcher viel Eiter entleert wurde, an Meningitis starb und bei welchem die Section des Schläfebeines eine schwere Entzündung des oberen Trommelhöhlenraumes sowie des häutigen Labyrinthes ergab.

L. Mayer, Kammerdiener, 54 Jahre alt, erkältete sich als junger Mann auf der Jagd und will seitdem auf dem linken Ohre etwas schlechter gehört haben; im Mai 1890 erkrankte er an Schnupfen und Halsentzündung, wenige Tage darauf an Schmerzen im linken Ohre. Drei Tage nach dem Auftreten der Schmerzen stellte sich Ausfluss aus diesem Ohre ein, welcher trotz ärztlicher Behandlung nicht aufhörte. Dieselbe bestand in Ausspülungen und Einblasung „eines weissen Pulvers"; eine im Beginne der Erkrankung am Warzenfortsatze aufgetretene schmerzhafte Schwellung war wieder zurückgegangen. Doch hatte sich das gleich Anfangs aufgetretene Klopfen im Ohre, sowie ein Druckgefühl daselbst und in der linken Kopfseite nicht verloren; ab und zu bestanden Uebelkeiten und Schwindel, welche Symptome schliesslich den Kranken bewogen, in specialistische Behandlung zu treten.

Bei der ersten Untersuchung des kräftig gebauten, sonst gesunden Patienten am 7. Juli fand ich am rechten Ohre bis auf leichte Trübung der Innenfläche des Trommelfelles normale Verhältnisse.

Links war der Gehörgang mit pulsirendem Eiter erfüllt, nach dessen Ausspritzung sich folgender Befund darbot. Die obere Trommelfellhälfte war halbkugelig gegen den Gehörgang vorgewölbt, derart, dass sie wie ein Tumor über die untere Hälfte herabragte. Die untere Hälfte war mässig, die obere stärker entzündet, geröthet, geschwollen; an der Kuppe der Vorwölbung konnte ich eine kleine Lücke wahrnehmen, durch welche der Eiter sich vordrängte; die häutige Auskleidung der oberen Gehörgangswand war an ihrem inneren Ende in den Tumor einbezogen. Die Hörweite erwies sich als sehr herabgesetzt, 5 Cm. für die Flüstersprache.

Die Haut über dem Proc. mastoideus sowie der Knochen waren unverändert, die Druckempfindlichkeit daselbst fand sich aber bedeutend

Digitized by Google

vermehrt; Fieber war nicht vorhanden. Beim Einblasen von Luft durch den Catheter hörte man die Luft deutlich in die Paukenhöhle strömen, jedoch ohne Perforationsgeräusch; nach dieser Prozedur zeigte sich ein frischer Eitertropfen auf dem vorher gereinigten Trommelfelle. Ich stellte die Diagnose auf Eiterung im Warzenfortsatze und bereitete den Patienten auf einen operativen Eingriff vor, von dem er absolut Nichts wissen wollte. So empfahl ich denn Zimmerarrest, Anlegung des Leiter'schen Kühlapparates, drei Mal täglich Ausspülungen des Gehörganges mit nachträglichem Eingiessen einer 5procentigen Cocainlösung und 3stündliche Temperaturmessung. Tags darauf fühlte sich der Pat. im Ohre und Kopfe leichter; die Schmerzen im Warzenfortsatze, die Druck- und Klopfempfindlichkeit daselbst waren aber unverändert; die notirten Temperaturen waren normal. Im Laufe der nächsten Tage besserte sich bei der gleichen Behandlung nur der Zustand des Trommelfelles, dessen halbkugelige Intumescenz bedeutend zurückging; es war aber weder beim Politzer'schen Verfahren, noch beim Catheterismus gelungen, die Luft durch die Lücke zu pressen, so dass an eine Durchspülung der Paukenhöhle per tubam nicht zu denken war. Dem öfters wiederholten Vorschlage, sich der Trepanation zu unterziehen, leistete der Patient hartnäckigen Widerstand.

Am 14. Juli änderte sich das Krankheitsbild in auffallender Weise; der Kranke hatte mehrmals erbrochen, klagte über vermehrten Schwindel und zeigte grosse Hinfälligkeit; dabei war die Schwellung des Trommelfelles weiter zurückgegangen; kein Fieber, Puls stets 80—84.

Nun erklärte ich die Trepanation für unaufschiebbar; Herr Prof. Politzer, der pro consilio zugezogen wurde, theilte und unterstützte meine Anschauung und so entschloss sich der Kranke endlich zu dem Eingriffe. Da die Ohrenklinik der Ferien wegen bereits gesperrt und die Operation zu Hause aus äusseren Gründen nicht vorzunehmen war, musste ich den Kranken einer chirurgischen Klinik überweisen[52]). Herr Docent Freiherr v. Eiselsberg hatte die Freundlichkeit, denselben auf die Klinik Billroth aufzunehmen und die Operation am 15. Juli auszuführen. Der Befund am linken Ohre, den ich am 15./7. aufnahm, war folgender: Gehörgang mit pulsirendem Eiter erfüllt, nach dessen Entfernung sich die Wandungen des knöchernen Gehörganges geröthet zeigen. Das innere Ende der oberen Wand gesenkt. Trommelfell in seiner oberen Hälfte stark gegen den Gehörgang vorgebaucht, ebenso der hintere untere Quadrant. An der Kuppe beider Vorwölbungen findet sich je eine Perforation, aus denen sich bei der Luftdouche Eiter vordrängt. Fl.-Spr. vor der Luftdouche 15 Ctm., nach derselben 1 Meter. Ich hatte schon früher erwähnt, dass absolut keine Veränderung an der Hautbekleidung des Warzenfortsatzes sowie am Knochen zu constatiren war; kurz vor der Operation war auch die Druckempfindlichkeit so unbedeutend, dass Herr Docent Eiselsberg nur auf meine bestimmte Erklärung hin, dass nach dem ganzen bisherigen Verlaufe das Vorhandensein von Eiter im Warzenfortsatze angenommen werden müsse, die Operation ausführte. Die Weichtheile waren ganz unversehrt, die Knochencanäle an

---

[52]) Ich kann die Bemerkung nicht unterlassen, dass ich in meinen Fällen stets selbst operirte und operire.

Digitized by Google

der Wurzel des Proc. mastoideus nur mässig erweitert, die oberflächlichen Knochenschichten erwiesen sich beim Aufmeisseln intact. Aber noch war der Meissel kaum 1 Ctm. weit in die Tiefe gedrungen, als unter ziemlichem Drucke dicker Eiter, etwa 4 Cctm., vorquoll und zwar, wie es sich jetzt zeigte, aus einer haselnussgrossen Höhle im Warzenfortsatz; die Granulationen, welche sich darin fanden, wurden ausgekratzt und ein Jodoform-Verband angelegt.

Nach der Operation kamen bis auf Eingenommenheit des Kopfes keine abnormen Zufälle.

Am 19./7. wurde der Kranke, den es nicht mehr im Spital litt, entlassen und trat wieder in meine Behandlung; ich habe über den weiteren Verlauf folgende Notizen gemacht:

23./7. III. Verbandwechsel. (I. Verbandwechsel nach der Spitalsentlassung.) Trommelfell abgeschwollen, Wunde wenig eiternd, Flüstersprache $1^1/_2$ Meter.

27./7. Pat. klagt häufig über Kopfschmerzen, ab und zu über Schwindel. Jeden 2. Tag Verbandwechsel. Ausspülung des Gehörganges, Katheterismus.

29./7. Pat. hat erbrochen und schreibt dies einem Diätfehler (Butterbrot) zu. Schlaf unruhig. Das Trommelfell ist blass, abgeschwollen, nur hinten oben mit Epithel belegt.

31./7. Am Grunde der schon verkleinerten Wundhöhle, die bisher immer mit Jodoformgaze austamponirt worden war, zeigt sich Eiter; Drainage.

2./8. Kriebeln und Schmerzen in der linken Stirn- und Hinterhauptgegend. 3./8. Schmerzen im linken Auge; Flüstersprache auf $^1/_3$ Meter gesunken. 4./8. Schwindel, Erbrechen, im Urin kein Albumen, kein Zucker. Die Untersuchung des Augenhintergrundes (Dr. v. Herz) ergiebt normalen Befund.

5./8. Das Trommelfell flacht sich immer mehr ab, blasst auch ab, k. Fortsatz und Hammergriff sind noch nicht zu sehen; beim Catheterismus hört man kein Perforationsgeräusch. 6./8. Pat. hat heute einen guten Tag, fühlt sich ganz frei; Nachts dagegen trat wieder Kopfschmerz, Eingenommenheit des Kopfes und Schwindel auf. 7./8. Die Wunde hat stark geeitert, das Secret ist geruchlos; Drainage.

11./8. Die Wunde hat sich schon so weit geschlossen, dass nur mehr ein wenige Millimeter weiter Canal vorhanden ist, welcher gegen das Antrum führt und durch Jodoformgazestreifen offen gehalten wird. Schwindel mit deutlicher Neigung zum Hinfallen nach Links, Schmerzen in der linken Kopfhälfte, die gegen Stirne und Auge hinstrahlen. 14./8. Seit gestern Besserung dieser Symptome. Einleitung einer Pilocarpincur, 0,006 Piloc. mur. subcutan. 15./8. 0,008 Pil. Schwindel geringer. Trommelfell bleigrau, kurzer Fortsatz und Hammergriff schon sichtbar; die Membran schwach concav. Da beim Catheterismus Rasselgeräusche hörbar sind, machte ich die Paracentese, wonach sich aber nur Luft, kein Secret durchpressen lässt. Danach Flüstersprache — 3 Meter. 16./8. Kein Schwindel, guter Appetit, kein Erbrechen; beim Irrigiren der Wunde spürt Patient Wasser in Ohr und Mund dringen. Fortsetzung der Pilocarpinbehandlung. 20./8. Schmerzen im Ohre; leichte Röthung des Trommelfelles.

Digitized by Google

22./8. Bis auf Eingenommensein des Kopfes Euphorie. Es ist wieder Otorrhoe und in der Umgebung des Ohres leichtes Oedem aufgetreten. 26./8. Erbrechen, Schwindel. 27./8. Brechreiz. 28./8. Consilium mit Doc. Dr. Eiselsberg; warme Ueberschläge mit Liquor Burowi haben keinen Effect. So schlug ich denn vor, die Warzenhöhle nochmals bis auf's Antrum zn eröffnen; noch am selben Tage liess sich der Kranke wieder an der Klinik Billroth aufnehmen. Die folgenden Daten verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Docenten Baron Eiselsberg. 29./8. Der Patient zeigt eine gewisse Zwangsbewegung, die ihn veranlasst, den Kopf nach der linken Seite zu drehen. Pat. kann ferner das Essen nicht von der linken Seite her nehmen, wenn es ihm von hier gereicht wird, da sonst gleich Schwindel und Uebelkeit auftreten. Abermals wird hinter dem Ohre ein 3 Ctm. langer Schnitt geführt, die Haut losgelöst, der Knochen bis zur Dura weggenommen, ohne dass sich dabei, wie man hoffte, Eiter entleerte; nur einige stärker gewucherte, sonst normale Granulationen fanden sich.

5./9. Pat. fühlte sich gleich nach der Operation nicht vollkommen wohl, am nächsten und besonders den 2. und 3. Tag nach derselben jedoch bedeutend besser, heute vollkommen wohl. 7./9. Pat. klagt über Kopfschmerzen; die Temperatur, sonst nie über 37°, stieg heute auf 38,5. 8./9. Nachts erbrach der Kranke einige Male.

Morgens plötzlich Coma. Um 10 Uhr Vorm. keine Pupillenreaction mehr vorhanden, tiefes, stertoröses Athmen.

Um ½1 wurde in der Agone nochmals ein operativer Eingriff vorgenommen, in der Hoffnung, einen abgecapselten Eiterherd zu treffen; das Loch im Schädel wurde erweitert, die Operation jedoch unterbrochen, als man Eiter an den Meningen constatiren konnte. 2 Stunden später Exitus lethalis. Die Section ergab ausgedehnte purulente Meningitis, welche besonders an der Basis entwickelt war; das Gehirn selbst zeigte sich vollkommen frei.

Im Proc. mast. entsprach der Trepanationsstelle ein unregelmässiger, 4 Ctm. langer, 3 Ctm. breiter Defect, in den auch die obere Knochenwand des Gehörganges einbezogen war und der bis an die Dura reichte. Die Dura war von der oberen Pyramidenfläche durch etwas Eiter abgehoben.

Das Schläfebein, welches mir Herr Professor Kolisko freundlichst überliess, kam zuerst in Müller'sche Flüssigkeit und wurde in einer 3½ procentigen Salpetersäurelösung entkalkt. Zerlegt wurde das Schläfebein erst nach der Härtung, um die Gebilde der Paukenhöhle in situ zu belassen.

Nach dem Abziehen der Dura zeigt sich die obere und innere Fläche der Pyramide vom Tegmen tympani bis zum Porus acusticus internus rauh durch Caries in einem Streifen von 1—1½ Ctm. Breite. Doch besteht kein Durchbruch am Tegmen tympani. Die häutige Auskleidung der oberen Gehörgangswand war bis zur Berührung der unteren Wand gesenkt; bei Durchschnitten, senkrecht auf die Gehörgangsaxe, fand ich die obere knöcherne Wand theilweise durch Granulationsgewebe ersetzt; die Schwellung der oberen Wand setzte sich allmählig auf das mächtig verdickte Trommelfell fort. Sämmtliche Räume des mittleren und inneren Ohres mit Ausnahme der Tube und des Porus acust. int. zeigten sich,

Digitized by Google

soweit ihre knöchernen Wandungen intact waren, von Granulationsgewebe erfüllt. Dieses Gewebe erfüllte besonders die Paukenhöhle, in der kein Lumen mehr zu erkennen war, den Vorhof und die zelligen Räume der Pyramide, wie des Warzenfortsatzes. Die Schnecke, zum Theil auch die Bogengänge zeigten sich von einer weichen, homogenen Substanz erfüllt, wie ausgegossen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes:

Das Trommelfell ist sehr bedeutend verdickt, bis 1,2 Mm., und zwar hauptsächlich durch die Dickenzunahme des subcutanen Zellgewebes; es findet sich darin neben Vermehrung der Blutgefässe reichliche Rundzellen-Infiltration, aber auch schon neugebildetes Bindegewebe und varicöse Erweiterung von Lymphgefässen. Das Stratum Malpighi ist bis zu 0,25 Mm. verdickt und treibt lange Zapfen in die Tiefe; die Substantia propria ist in der Radiärschichte wenig verändert, die Circulärschichte ist gequollen. Sehr spärlich entwickelt ist das dicht von Rundzellen durchsetzte submucöse Gewebe, stellenweise hat dasselbe papilläre Excrescenzen bis zu 0,2 Mm. Länge und 0,10 Mm. Dicke entwickelt, welche theils blos aus Rundzellengewebe bestehen, theils aber aus altem Bindegewebe, dessen Faserbündel durch Gruppen von Rundzellen auseinander gedrängt sind. Das Epithel der Mucosa ist allenthalben geschichtet cylindrisch. Am Hammergriffe findet sich beginnende Ostitis rareficans. Das Lumen der Paukenhöhle ist bis auf schmale Spalten aufgehoben durch polypöse Degeneration der die Innenwand der Paukenhöhle, die Gehörknöchelchen und die Bandapparate bekleidenden Mucosa. Allerorten, vom Promontorium, von der Nische zum runden Fenster, vom Hammergriffe, vom Steigbügelambossgelenk, um die Chorda herum, von den Taschen, innerhalb des Prussak'schen Raumes, ferner vom oberen Trommelhöhlenraume herab, wuchern aus dem mächtig verdickten Schleimhautpolster warzige, halbkugelige und kugelige, keulenartige und ganz unregelmässig, bizarr geformte Auswüchse von der Struktur der Granulationspolypen hervor, sich gegenseitig berührend und daselbst mit einander verschmelzend; zahlreiche dadurch abgeschlossene cystenartige Hohlräume compliciren das Bild. Bekleidet sind die Auswüchse und ebenso die cystischen Hohlräume von geschichtetem Cylinderepithel. Vorgeschrittene Ostitis rareficans mit Wucherung von Granulationsgewebe in den Havers'schen Canälen und Einschmelzung der Knochensubstanz findet sich an allen knöchernen Wandungen. Die Schleimhaut des oberen Trommelhöhlenraumes ist enorm verdickt, bis zu 1 Mm. Stärke und besteht grösstentheils aus zellenreichem, jungen Bindegewebe, an einzelnen Stellen hat sie die Structur frischen Granulationsgewebes; am Hammerkopfe ist sie bis 0,45 Mm. dick. Das Tegmen tympani ist sehr dünn, an der dicksten Stelle 0,32, an der dünnsten 0,06 Mm. stark; stellenweise sind in seinen Havers'schen Canälen Osteoblasten zu sehen; in grösserer Ausdehnung finden sich an seiner Paukenhöhlenseite Auflagerungen frischen Knochens: condensirende Ostitis. Die Schädelhöhlenfläche des Tegmen tympani et Antri ist von einer bis 0,15 Mm. dicken Schichte jungen Bindegewebes bedeckt; auch an dieser oberen Seite zeigt sich stellenweise Knochenapposition; häufiger aber finden sich Ausbuchtungen mit Osteoklasten. Gerade über dem Ansatzpunkte des Lig. suspensor. mallei findet sch ein kraterförmiger Durchbruch am

Digitized by Google

Tegmen, an der unteren Fläche 0,15, an der oberen 0,3 Mm. Durchm. haltend, mit Anhäufung von Osteoklasten und reichlicher Rundzelleninfiltration in den angrenzenden Weichgebilden. Hammerkopf und Amboskörper sind grösstentheils durch Granulationsgewebe ersetzt. Die Schenkel des Steigbügels sind bis auf dünne Reste in Granulationsgewebe umgewandelt, das Gelenk zwischen Amboss und Steigbügelköpfchen, von Hammer und Amboss ist noch in situ, der Knorpel jedoch auffallend zellreich, die Bänder zum Theil destruirt. Der Nervus facialis über der Fen. ovalis ist intact, ebenso der Musculus tensor tympani. Gegen das Knie zu beginnt immer mehr zunehmende zellige Infiltration der Scheide des Nerven.

Das Labyrinth ist an mehreren Stellen durch directes Uebergreifen der Entzündung von der Paukenhöhle her in Mitleidenschaft gezogen. Durchbrüche finden sich erstens am ovalen Fenster, an der inneren Wand des unteren Paukenhöhlenabschnittes nach vorne gegen den Uebergang zur Tuba zu in weiterer Ausdehnung; am makroskopischen Präparate sah man die Massen von Granulationsgewebe, welche Paukenhöhle und Vorhof erfüllten, direct in einander zusammenfliessen. An Durchschnitten der Bogengänge finden sich sämmtliche Stadien der Entzündung — zellige Infiltration des häutigen Bogenganges bis zur völligen Erfüllung des knöchernen und häutigen Canales mit fibrinösem Exsudate und Eiter.

Die gleichen Veränderungen finden sich an den Gebilden des Vorhofes, soweit sie nicht in dem von der Paukenhöhle her eindringenden Granulationsgewebe aufgegangen sind. Schwere Veränderungen finden sich an der Schnecke.

Die häutigen Gebilde der Schnecke befinden sich nämlich in sämmtlichen Windungen, am intensivsten in der unteren, im Zustande fibrinöseitriger Entzündung; beide Treppen sind von fibrinösem und dann eitrig zerfallendem Exsudate fast vollständig erfüllt; der Ductus cochlearis ist in sämmtlichen Windungen eröffnet, von der Membrana Reisneri und Corti ist keine Spur mehr zu sehen. Das Periost ist eitrig infiltrirt, am Ligamentum spirale ist die bindegewebige Structur vollkommen verloren gegangen, die Lamina spiralis ossea ist ebenfalls von mächtig verdicktem, eitrig zerfallenem Perioste bekleidet, die Lamina spiralis membranacea vielfach schon zu Grunde gegangen, stellenweise noch erhalten; vom Cortischen Organe sind nur in der obersten Windung Reste, von Eiterzellen durchsetzt, sichtbar.

Die eitrige Entzündung hat sich längs der Endfasern des Acusticus und nach Zerstörung derselben in den Canalis ganglionaris gezogen, wo die Ganglien, körnig zerfallen, von Eiterzellen umgeben sind, dann in den Modiolus hinein auf den Stamm des Nervus cochleae, der im inneren Gehörgange zerfasert, von Eiterzellen durchsetzt, sichtbar ist. Das Periost des inneren Gehörganges ist ödematös, von Rundzellen durchsetzt; der Facialis und die zum Vorhof und den Bogengängen ziehenden Nerven sind intact, ihre Scheiden aber ebenfalls von Eiterzellen durchsetzt.

Die Section ergab demnach, dass der Durchbruch gegen die Schädelhöhle von zwei Seiten her vorbereitet war, erstens durch die Lücke am

Digitized by Google

Tegmen tympani und zweitens durch die Fortleitung der Entzündung auf die Schnecke und von da in den Porus acust. internus.

Es frägt sich nun, ob durch einen operativen frühzeitigen Eingriff dieser Ausgang hätte verhütet werden können? Für mich besteht kein Zweifel darüber, dass die abnorme Verdickung des Trommelfells hier schwer in die Wagschale fiel Die auch von früher her schon verdichtete Membran bot für den Eiterabfluss die denkbar ungünstigsten Verhältnisse dar und ermöglichte nicht nur die Entstehung solch' hochgradiger Zerstörungen im unteren Abschnitte der Paukenhöhle, sondern begünstigte auch die Entwickelung der lebensgefährlichen Veränderungen im oberen Trommelhöhlenraume. Es hätte die Entfernung des Trommelfelles zugleich mit der Ausschneidung der kranken Gehörknöchelchen wohl den Erfolg gehabt, dass ein genügender Eiterabfluss nach aussen eingeleitet worden wäre; damit wären möglicher Weise auch die destructiven Veränderungen hintangehalten worden, welche schliesslich zur Meningitis führten.

Bestärkt werde ich in dieser Anschauung durch den Sectionsbefund im oberen Trommelhöhlenraume; hier war, wie aus dem Vorkommen von neugebildetem Bindegewebe in der Mucosa und in der Apposition frischer Knochensubstanz am Tegmen zu ersehen ist, bereits ein Heilungsprocess eingeleitet; erst das neuerliche Aufflackern des entzündlichen Processes während der letzten Lebenswochen des Patienten hatte zum Durchbruche der dünnen Knochenplatte geführt.

Vergleichen wir noch zum Schlusse die auffallendsten Erscheinungen intra vitam mit den Ergebnissen der anatomischen Untersuchung, so finden wir vor Allem in der polypösen Degeneration der Paukenschleimhaut einen genügenden Grund zur Erklärung des Umstandes, dass nie ein Perforationsgeräusch, sondern nur ein Einströmungsgeräusch bei der Luftdouche gehört werden konnte. Für die Vorwölbung des Trommelfelles in der oberen Hälfte muss die Entzündung im oberen Trommelhöhlenraum veranlassend gewesen sein.

Die hochgradige Schwerhörigkeit ist zur Genüge durch die Befunde in Paukenhöhle und Labyrinth erklärt; leider besitze ich keine Notizen über Stimmgabelversuche, die ich nur ein einziges Mal anstellte.

Der Schwindel, sowie die Neigung zum Hinfallen nach links finden ihre Erklärung in der eitrigen Entzündung des häutigen Labyrinthes, vor Allem der Bogengänge; für die Ueblichkeiten, das Erbrechen und den Kopfschmerz dürfte die Pachymeningitis externa verantwortlich gemacht werden können.

Das an der Klinik Billroth constatirte Phänomen, dass der Kranke bei jeder Drehung des Kopfes nach links Schwindel bekam, lässt sich aus dem Ergriffensein des linken horizontalen Bogenganges leicht erklären.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Croup oder Diphtheritis der Nase?

(Rhinitis fibrinosa aut diphtheritica?)

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Warschauer Medicinischen Gesellschaft am 7. Juni 1892.

Von

Dr. **Johann Sendziak,**

ehemaliger Assistenz-Arzt in der Abtheilung für Hals- und Lungen-Krankheiten im Heiligen-Geist-Hospital zu Warschau.

Der Fall, welchen ich zusammen mit Dr. Wróblewski vor Kurzem Gelegenheit hatte zu beobachten, verdient besondere Aufmerksamkeit sowohl in klinischer, als auch in ätiologischer Hinsicht. — Er giebt mir zugleich Gelegenheit, die gegenwärtige Frage der Aetiologie der Diphtherie, in welcher noch so viele unaufgeklärte Punkte sich befinden, im Allgemeinen zu erörtern, und zunächst das Verhältniss der eigentlichen Diphtherie zum Croup der Nase und des Kehlkopfes sowie zur Pharyngitis fibrinosa, bezw. Angina follicularis et scarlatinosa etc. in Betracht zu ziehen.

Der Fall betrifft einen meiner Collegen, C. 31 Jahre alt, welcher am 28. Januar dieses Jahres, als er sich in einem Barbierladen rasiren liess, von dem Barbiere mit dem Rasirmesser am Kinne verletzt wurde. Er beachtete dies Anfangs wenig und empfing noch am selben Tage eine grosse Anzahl ambulatorischer Kranker. — Patient behauptet ausdrücklich, dass er mehrere Male die verletzte Stelle, welche nach und nach ein schlimmeres Aussehen bekam, mit den Fingern berührt hatte. Dr. Kopytowski, Specialist für Hautkrankheiten, welcher einige Tage später den Patienten zu untersuchen Gelegenheit hatte, beschreibt die Wunde folgendermaassen: am Kinne etwas mehr rechterseits, ungefähr 2 Ctm. unter der Unterlippe, befindet sich eine Ulceration von der Grösse einer grossen Erbse mit gewölbten unregelmässigen Rändern, aus welcher eine unbedeutende Menge von blutigem Serum herausfloss. — Die Mitte des Geschwürs war mit graugelbem Detritus bedeckt. Die Consistenz teigig. Im Ganzen beunruhigte das Aussehen der Wunde Dr. Kopytowski. — Die Ulceration wurde mit Jodoform behandelt und mit Watte, welche sehr fest an die Oberfläche des Geschwürs anklebte, bedeckt. Nach und nach fing der Kranke an eine gewisse Schwäche und Frösteln zu empfinden. Zur selben Zeit bemerkte er, zum ersten Male am 2. Februar, d. i. 5 Tage nach der Verletzung, einen acuten Ausfluss aus der rechten Seite der Nase. Im Laufe der folgenden 2 Tage fühlte sich Patient schlechter und schlechter. Frösteln und Fieber traten deutlich hervor, trotzdem vernachlässigte er seine Beschäftigung nicht und besuchte seine Patienten. Die Ulceration am Kinne zeigte mehr oder weniger denselben Charakter, nur trat eine Anschwellung der lymphatischen Drüse an der rechten Seite des Halses ein, welche bei Berührung schmerzhaft war. Am 5 Tage, also eine Woche nach der Verletzung, war die Temperatur des Morgens 38,5° C. und des Abends 39,0° C. Diesen ganzen Tag lag der Kranke im Bette. Am selben Tage bemerkte er, dass die rechte Hälfte der Nase vollständig verstopft und mit Pseudomembranen gänzlich angefüllt war, wovon er

Digitized by Google

sich im Spiegel sehr gut überzeugen konnte. Das letztere beunruhigte ihn so sehr, dass er sich zu Bett legte und sich entschloss, die ärztliche Hilfe eines Specialisten zu suchen. Am Abend dieses Tages sah ich den Kranken zusammen mit Dr. Wróblewski. Wir fanden: Allgemeiner Zustand ziemlich gut, obgleich die Temperatur bedeutend erhöht war (39,0° C.), beschleunigter Puls, unter der Unterlippe an der rechten Seite ein trockener Schorf. Die rechte lymphatische Halsdrüse etwas geschwollen und beim Druck schmerzhaft. Der Eingang zur Nase, hauptsächlich von der rechten Seite, theilweise auch der entsprechende Theil der Oberlippe geröthet, geschwollen mit schmerzhaften Excoriationen in Folge der aus der Nase in Masse ausfliessenden serösen scharfen Flüssigkeit. Die rechte Hälfte der Nase vollständig der Luft unzugänglich. Schon mit blossem Auge kann man sehen, dass diese Verstopfung durch gräulich-weisse im serösen Ausflusse schwimmende Membranen bedingt sei. Bei der Untersuchung mit dem Rhinoscope, die sehr schmerzhaft war, konnte man sehen, dass diese ziemlich dicken Membranen nicht nur den unteren Theil der Nase anfüllen, sondern auch sich auf den olfactorischen Theil der Nase verbreiten, indem sie eine totale Verstopfung verursachten. Nur an einigen Stellen sind diese Membranen weniger entwickelt, und da kann man sehen, dass die Schleimhaut stark geröthet und geschwollen ist. Die linke Hälfte der Nase mässig geröthet und geschwollen, sonst keine besonders wichtigen Veränderungen. Keine Spur von Membranen. Bei der Untersuchung der Nase von hinten (Rhinoscopia post.), die ziemlich schwierig war, wurde gefunden: Die Schleimhaut an den hinteren Enden der Muschel und am Eingang in die Eustachi'sche Röhre ziemlich geröthet und geschwollen, sonst keine deutlichen Membranen. In pharynge fanden wir mässige Röthung und Anschwellung der Schleimhaut, besonders in der Nähe der Tonsillen, auf welchen einige weisse Pünktchen sichtbar waren. Leichter Schmerz beim Schlingen. Guter Appetit. Regelmässiger Stuhl. Nach der Consultation mit Dr. Wróblewski verordneten wir Tampons (Watte) mit Balsamum peruvianum āā mit Glycerin; Insufflation in die kranke, und mit besonderem Insufflator auch in die gesunde Hälfte der Nase und in den Nasen-Rachenraum (von der Mundhöhle aus) mit stark antiseptischem Pulver (Aristol und Jodol āā und geringer Menge Mentols). Zum Gurgeln Salol (5 pCt. alcoholische Lösung ein Theelöffel voll in ein Glas Wasser). Innerlich Ricinus-Oel, Chinin (Gr. X). Am nächsten Tage (6. Februar) war die Temperatur bedeutend gefallen (38,2° C.), allgemeiner Zustand viel besser. Nach dem Oele mehrere flüssige Stuhlgänge und Erbrechen. Chinin wurde nicht eingenommen. Am 7. Februar (Temperatur 38,0° C.) nahm ich zum ersten Male an der Membran zu bacteriologischen Untersuchungen, über welche ich später sprechen werde, heraus, was leicht ohne Blutung ausführbar war. Zum zweiten Male nach einigen Tagen während des Consiliums, bei welchem ausser uns noch Prof. Brodowski, Dr. Sokolowski und Hewelke (diese zwei letzteren hatten noch mehrere Male Gelegenheit den Kranken zu untersuchen) zugegen waren, nahm ich zum selben Zwecke einen Theil der Membran mit einer sterilisirten Pincette heraus. In diesem Falle war die Herausnahme der Membran, die ungewöhnlich dick und fest war, mit geringer Blutung

Digitized by Google

verbunden. Die Schleimhaut unter der Membran zeigte sich stark geröthet, geschwollen; bedeutende Veränderungen, z. B. Ulcerationen, konnte man nicht bemerken. Während der folgenden Woche war die Temperatur normal (einige Mal nur erhöhte sie sich bis auf 38,0° C.), allgemeiner Zustand befriedigend, der Kranke hütete indess noch das Bett. Bei Anwendung der Tampons mit Balsamum peruvianum lösen sich die Membranen sehr leicht und fallen bei Entfernung der Tampons heraus, (ein grösseres Stückchen wurde in Alcohol zu microscopischen Untersuchungen aufbewahrt), erneuern sich jedoch jedesmal Die Membranen sitzen hauptsächlich in regione olfactoria fest. Am vorderen Theile des Septum cartilagineum, welches frei ist von Pseudomembranen, sieht man eine kleine, flache, rundliche Erhabenheit, ungefähr 5 Mm. im Durchmesser, von weisslich grauer Farbe. Sie ist bei Berührung mit der Sonde nicht schmerzhaft und von knorpeliger Consistenz. Dr. Wróblewski, welcher seit langer Zeit den Kranken kannte, bemerkte schon früher diesen Auswuchs (eine Art Chondroma) und wollte ihn sogar galvanocaustisch beseitigen. Dieser Auswuchs beunruhigte den Patienten immer, und wie er selbst behauptet, war er häufig die Ursache des Kratzens in der Nase mit dem Finger. Die andere Hälfte der Nase blieb gesund. Keine Membranen in ihr. Im Nasen-Rachenraume minderte sich Anschwellung und Röthung der Schleimhaut. Das Geschwür am Kinne fängt an sich zu reinigen und mit gesunden Granulationen zu bedecken. Die Anschwellung der lymphatischen Drüse verschwand. Kein Schmerz bei ihrer Berührung. Schlucken normal. In pharynge schwanden die früheren Veränderungen (die sogenannte Angina s. Tonsillitis follicularis), dennoch fängt der Kranke an über einen leichten Schmerz (Stechen) im rechten Ohre zu klagen. Kein Geräusch, keine Verschlimmerung des Gehörs. Die Gegend der rechten Eustachi'schen Röhre zeigt keine besondere Veränderungen. Membrana tympani normal. Resorcin mit Cocain wurde verordnet, auch Insufflation des Nasen-Rachenraumes von der Mundhöhle her mit antiseptischem Pulver (Aristol etc.). Seit dem 14. Februar status afebrilis. Der Kranke fing an das Bett zu verlassen. Die Schwäche ziemlich gross. Die Membranen in der rechten Seite der Nase erneuern sich beständig, schwächer und schwächer jedoch und besonders in regione olfacteria. Keine Blutung aus der Nase vom Anfange bis Ende der Krankheit. — Da Balsamum peruvianum in den Nasenrachenraum floss und starke Reizung (Husten etc.) dort verursachte, wurde es durch Salbe mit Resorcin, durch eine solche aus Zincum oxydatum und ac. boricum ersetzt. Insufflationen, obgleich seltener, wurden fortgesetzt. Stechen im Ohre schwächer. Die Ulceration am Kinne verheilte. Am 18. Februar vernichtete ich eine häutige Brücke zwischen Septum und Concha media, welche eine Tendenz zur Verwachsung (synechia) zeigte. Am folgenden Tage nahm ich die letzte Membran heraus, welche in Gestalt eines Ventils vom Septum heraushing. Allgemeiner Zustand immer besser, so dass der Kranke zum ersten Mal am 19. Februar, d. i. 3 Wochen nach der wahrscheinlichen Ansteckung (Verletzung am Kinne), und 2 Wochen nach den deutlichen Symptomen in der Nase (Membranen), ausging. Noch mehrere Tage hatte ich den Kranken in Beobachtung, ich war jedoch nicht im Stande irgend welche Veränderungen in der Nase, Nasenrachenraume, sowie im Pharynx (z. B. Lähmungen) und

Digitized by Google

Ohre zu entdecken. Verhältnissmässig am längsten peinigte den Kranken Stechen im rechten Ohre und mitunter auch im linken. Ich muss noch hinzufügen, dass der Urin mehrere Male während der Krankheit untersucht wurde. Das Resultat aber war stets negativ; kein Eiweiss, keine Cylinder.

Und nun einige Worte über die bacteriologischen Untersuchungen, welche ich in diesem Falle vornahm. Wie ich schon in der Beschreibung des Verlaufes der Krankheit bemerkt habe, entnahm ich am dritten und fünften Tage mit Hilfe der sterilisirten (in Weingeistlampenfeuer erhitzten) Pincette ein Theil der Membranen aus der Nase, welchen ich zwischen zwei Deckgläschen drückte, was wegen ihrer grossen Festigkeit ziemlich schwierig war, bereitete das Präparat auf die gewöhnliche Weise vor und färbte es mit Löffler's Flüssigkeit, um auf diphtheritische Bacillen, sowie auch mit Weigert's Methode auf Fibrin zu untersuchen, wobei sich ausser Leucocyten auch verschiedene Sorten Cocci vorfanden, aber nicht die von Klebs-Löffler beschriebenen Bacillen. Dies war auch der Fall mit der Membran, welche ich, nachdem sie in Alcohol gehärtet worden war, in Paraffin einbettete. Einen Theil der Membran impfte ich auf Gelatine. Das Resultat war aber negativ. Den anderen auf Agar-Agar (Strich-Cultur) und nach zwei Tagen zeigten sich (in Brutöfen bei 37 ° C.) Culturen, welche für Streptococcus pyogenes aureus charakterisirt waren (Prof. Brodowski). Unter dem Microscope zeigten sie sich (nach Kühne's Methode i. e. Methylenblau und Acidum carbolicum gefärbt) als Cocci in Häufchen. Weitere Untersuchungen unternahm ich im bacteriologischen Laboratorium des Kindlein-Jesus-Hospitals unter Leitung Dr. Jakowski's, Chef des Laboratoriums und mit Hilfe des Collegen Dobrowolski. Von den früheren Culturen impfte ich einen Theil auf die gewöhnliche Weise auf neuen Grund (Agar-Agar) und erhielt Culturen von Streptococcus pyogenes aureus in einem und „albus" in einem anderen Reagensröhrchen. Ich machte auch Impfungen auf Schaalgläser mit demselben Resultat. Nirgends eine Spur von Klebs-Löffler's Bacilli, aber immer und überall Staphylococcus pyogenes aureus. Zur Ergänzung der obigen Untersuchungen machte ich Impfungen an Meerschweinchen, führte einen Theil von reiner frischer Cultur in die Nasenhöhlen ein, nachdem ich die Schleimhaut dieser Höhlen mit derselben Platina-Nadel verletzt hatte. Ich experimentirte dabei mehr oder weniger analog mit Lieven, der in letzter Zeit dieselben Versuche bei Rhinitis fibrinosa ausgeführt hatte, welche ich noch erwähnen werde. Mit Ausnahme leichter Röthung der rechten Seite konnte ich keine andere Veränderung, etwa Bildung der Membranen, bemerken. Auch fehlten die allgemeinen Symptome vollständig. Das Meerschweinchen blieb ganz gesund. Auf diese Weise war das Resultat der Inoculation einerseits negativ, weil keine Pseudomembranen auf der Schleimhaut der Nase vorhanden waren, andererseits war es positiv, weil absolut kein Symptom von Diphtherie beim Meerschweinchen bemerkbar war.

Es ist nun festzustellen, womit wir es in diesem Falle zu thun hatten; ob „Croup" (Rhinitis fibrinosa) oder Diphtherie der Nase, weil nur von diesen zwei Krankheiten hier die Rede sein kann. Ehe ich indess diese Frage beantworte, werde ich versuchen zu beweisen, ob überhaupt „Croup" der Nase, als eine selbstständige krankhafte Form,

Digitized by Google

eine Krankheit, welche mit Diphtherie nichts zu thun hat, eine „Raison d'être" hat, oder ob „Croup" und Diphtherie der Nase ein und dasselbe, von derselben Ursache abhängige Leiden ist? Um diese für jeden practischen Arzt so ausserordentlich wichtige Frage zu erörtern, müssen wir sie von drei Gesichtspuncten, d. i. vom klinischen, ätiologischen und anatomischen betrachten. Wir wollen mit dem ersten anfangen.

Bis zum Jahre 1887, d. i. bis zum Erscheinen von Hartmann's Arbeit „Ueber Croup der Nasenschleimhaut (Rhinitis fibrinosa)[1]) machte man keinen Unterschied zwischen Croup und Diphtherie der Nase Auch in den betreffenden Handbüchern jener Periode und sogar noch einige Jahre später [Mackenzie-Semon[2]), Moldenhauer[3]), Moure[4]), Voltolini[5])] finden wir nicht diese beiden pathologischen Affectionen getrennt. In den neueren Handbüchern dagegen [Schech's[6]) und Jurasz[7])] sind dem Croup der Nase besondere Capitel gewidmet. Schech namentlich zählte diese Form zu der Abtheilung „Rhinitis exsudativa", indem er sie für eine nicht ansteckende Krankheit, einfach als einen höheren Grad der Entzündung, verursacht durch übermässige Reizung der Schleimhaut der Nase, hielt. Die Absonderung dieses pathologischen Prozesses und die Trennung desselben von der allgemeinen Gruppe „Diphtheritis" war durch eine ganze Reihe von Beobachtungen von verschiedenen Seiten und verschiedenen Verfassern kurz nach Erscheinen der obigen Arbeit Hartmann's verursacht. Der historischen Genauigkeit wegen muss ich hier noch beifügen, dass eigentlich noch vor Hartmann, weil im Jahre 1882, B Fraenkel[8]), der bekannte Berliner Laryngologe, einen Fall „Rhinitidis fibrinosae simplicis" beobachtet hatte. In diesem Jahre veröffentlichte auch Schuller einen Fall dieser Krankheit, ein fünfwöchentliches Kind betreffend, und dann Johnston einen unrichtig von ihm bezeichneten Fall „Primary nasal diphtheria". Im Jahre 1883 beobachtete Henoch diese Krankheit bei einem 8jährigen Töchterchen Traube's. Es scheint, dass auch Monti[9]) im Jahre 1884 der Rhinitis fibrinosa seine Aufmerksamkeit zuwandte. Major beschrieb im Jahre 1885 einen ähnlichen Fall. Auf jeden Fall gebührt Hartmann das Verdienst, durch Veröffentlichung von sechs von ihm beobachteten Fällen des Croup der Nase (alle bei Kindern) den ersten Impuls zu näherer Untersuchung dieser Frage gegeben zu haben. Bald darauf beschrieb Moldenhauer[10]) drei ähnliche Fälle. Im Jahre 1887 veröffentlichte Seifert[11]) eine Arbeit „Ueber Croup der Schleimhaut der Nase". Weiter veröffentlichten Fälle dieser Krankheit noch die folgenden Verfasser: Ryerson[12]) einen Fall im Jahre 1887, Bresgen[13]), Bischofswerder[14]) drei Fälle im Jahre 1888, Gluck[15]), Glücksmann[16]) einen Fall, welcher diese Krankheit zum Gegenstand seiner Dissertation wählte, weiter wiederum Seifert[17]) drei Fälle, Potter[18]), welcher behauptet, dass er Croup der Nase um 2 pCt. bei Kindern beobachtete. Weiter Ashurt, Schmidthuisen, Chapin[19]) zwei Fälle im Jahre 1889, Raulin[51]) vier Fälle, Baumgarten[20]) zwei Fälle im Jahre 1890, Townsend[21]) einen Fall, wiederum Potter einen Fall. Hunt von Liverpool[22]) beschrieb am Ende des vorigen Jahres den einzigen in England beobachteten Fall dieser Krankheit (bei der Frau eines Arztes). Endlich in der letzten Zeit Seeman[23]) zwei Fälle, Newcomb[24]) zwei Fälle, Jurasz zwei Fälle und Schech drei Fälle im Jahre 1891. Wie wir sehen, ist die

Digitized by Google

Zahl der Verfasser, welche über Croup der Nase (Rhinitis fibrinosa) als selbstständigen pathologischen Prozess schrieben, ziemlich bedeutend. Unter den oben erwähnten Namen begegnen wir sehr bekannten Specialisten, so z. B. Schech, B. Fraenkel, Hartmann, Moldenhauer, Seifert, Jurasz, Bresgen etc. etc. Auch ist die Zahl der eingehend beobachteten Fälle dieser Krankheit ziemlich bedeutend, sie beträgt einige vierzig. Es scheint also, dass wenigstens vom klinischen Standpuncte aus, wir vollständig berechtigt sind, „Croup der Nase" von der allgemeinen Gruppe „Diphtheritis" zu trennen und ihn als eine selbstständige, nichts mit Diphtherie gemeinhabende Krankheit zu betrachten. Dies ist die gegenwärtige Ansicht fast aller Coryphäen der Rhinologie. Auch Jurasz, einer der besten gegenwärtigen Kenner der Krankheiten der Nase, drückt sich auf Seite 19 (l. c.) folgenderweise aus: „Der Croup der Nasenschleimhaut ist mit der Diphtherie nicht zu verwechseln, und muss als eine Krankheit sui generis beobachtet werden". Schech, wie ich schon erwähnt habe, trennt auch Croup der Nase von Diphtherie, indem er ihn als einen höheren Grad des entzündlichen Prozesses betrachtet. Dieselbe Ansicht theilen auch Bishofswerder, Lieven und Seifert. Scheinmann in der Discussion über den Vortrag Baginsky's „Zur Aetiologie der Diphtherie" (in d. Berl. Med. Gesellsch. im Jahre 1892) motivirt die Richtigkeit der Ansichten in Bezug auf die Selbstständigkeit des sogenannten Croups der Nase in folgender Weise: Vor Allem ist diese Krankheit eine par excellence benigne, was deutlich der locale Charakter dieser Affection beweist, namentlich während ganzer Wochen erneuern sich die Pseudomembranen auf der Schleimhaut der Nase und bis jetzt ist kein einziger Fall beobachtet, wo diese Membranen auf den Kehlkopf und Luftröhre sich verbreiteten. Bekannt sind sogar solche Fälle (und sie sind nicht selten, so z. B. zwei Fälle von Moldenhauer, je einer von Hunt, Potter, Raulin und Jurasz), wo die Membranen nur von einer Seite der Nase während der ganzen Krankheit sich erneuerten. Der zweite Moment, der für die Benignität dieses Prozesses spricht, ist die gänzliche Abwesenheit oder verhältnissmässig geringe Störungen im allgemeinen Zustande. Wichtig ist es auch, dass wir bis jetzt keinen einzigen Fall dieser Krankheit in der Literatur finden, wo es zu schwierigen allgemeinen Störungen kam, welche für allgemeine Infection des Organismus sprächen. Es sind bis jetzt noch keine Fälle veröffentlicht worden, welche mit nachfolgenden Affectionen der anderen Organe complicirt gewesen wären (z. B. der Nieren), oder solche, wo sich nachfolgende Lähmungen vorgefunden hätten. Ebenso ist es nicht bewiesen worden, dass Rhinitis fibrinosa eine ansteckende Krankheit wäre, im Gegentheil alle Verfasser (z. B. Schech-Raulin) behaupten, dass sie absolut unschuldig ist. Ebensowenig führt sie zu schwerer Diphtherie. Auf Grund obiger Ideen, denen ich vollständig beipflichte, kommt Scheinmann zu dem Schlusse, dass „Croup der Nase" mit dem diphtheritischen Prozesse in keiner Verbindung steht, oder dass er eine Krankheit „sui generis" ist. Es scheint also nach Obigem keinem Zweifel zu unterliegen, dass vom klinischen Standpunkte aus der sogenannte „Croup der Nase" oder wie er allgemein genannt ist Rhinitis fibrinosa s. crouposa, seltener pseudomembranacea, das vollständige „Raison d'être" hat und dass er als eine selbstständige pathologische

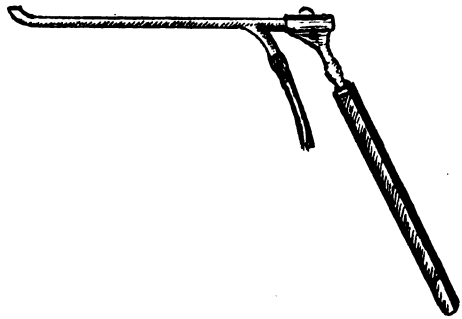
Digitized by Google

Form, besonders auch in Special-Handbüchern betrachtet werden muss. So weit zur klinischen Seite dieser Frage. Wir wollen jetzt sehen, wie dieselbe Frage vom ätiologischen Standpunkte aus erscheint.

(Schluss folgt.)

Eine neue Modification am Paukenröhrchen.

Das „Journal of Laryngology", welches seit einem Jahre auch werthvolle otologische Beiträge bringt, enthält in einem seiner letzten Hefte eine Veröffentlichung von Milligan (Manchester) über eine von ihm angegebene Modification am Paukenröhrchen. Da mir dieselbe eine wesentliche Verbesserung darzustellen schien, habe ich sie sogleich in meiner Praxis erprobt und bin damit so zufrieden, dass ich sie zu Gunsten einer noch ausgedehnteren Anwendung des Paukenröhrchens auf's Dringendste empfehlen möchte. Sie besteht einfach darin, dass an der Stelle der grossen Biegung des Röhrchens in der Längsrichtung desselben ein



gerader solider Fortsatz von ihm ausgeht, welcher in einen der gebräuchlichen Instrumentengriffe (Gruber, Hartmann, Politzer) hineinpasst. An einem solchen Handgriffe befestigt, lässt sich das Paukenröhrchen ebenso sicher und bequem dirigiren, wie die Paracentesennadel, während es bisher oft zwischen den Fingern sich drehte, oder man sich mit der Hand das Gesichtsfeld verdeckte. Das Wasser wird durch einen Gummischlauch von einem Irrigator hergeleitet, und durch Heben und Senken des Irrigators, sowie durch Compression des Schlauches zwischen den am Griffe liegenden Fingern kann man die Stärke des Wasserstrahles beliebig reguliren, so dass man die ganze Anwendung des Instrumentes mit einer Hand vollziehen kann. Milligan giebt noch am Handgriffe einen Ring an, durch welchen der Gummischlauch hindurchgeht; derselbe ist aber entbehrlich.

Digitized by Google

II. Kritiken.

Handbuch der Ohrenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Schwartze. I. Bd. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1892.

Der vorliegende erste Band des von unserem berühmten Collegen Prof. Schwartze herausgegebenen Handbuches umfasst den allgemeinen Theil der Ohrenheilkunde und ist in fünfzehn Capitel eingetheilt. Jedes einzelne stellt eine ganz unabhängige, selbstständige Arbeit dar, in welcher in ziemlich umfassender Weise der gegenwärtige Standpunkt der Ohrenheilkunde wiedergegeben erscheint. Eine sehr werthvolle Zugabe sind die nahezu erschöpfenden Literaturangaben, die jedem einzelnen Abschnitte vorangeschickt sind. Eben solchen Werth besitzen auch die mit besonderer Sorgfalt ausgeführten, musterhaften Abbildungen, welche, 133 an Zahl, in den Text eingefügt, wesentlich zum Verständnisse beitragen. Dieselben sind möglichst naturgetreu, und die darunter befindlichen Erklärungen kurz und präcis. Aeussere Ausstattung und Druck lassen überhaupt kaum etwas zu wünschen übrig.

Begreiflicher Weise wird in den ersten neun Capiteln die normale und pathologische Anatomie, die Histologie, Entwicklungsgeschichte und Physiologie des Gehörorganes abgehandelt. Anerkannte Autoren, wie Berthold, Gad, Habermann, Hertwig, Kessel, Kuhn, Moldenhauer, Steinbrügge und Zuckerkandl, deren Namen die sorgfältigste, den neuesten Forschungen entsprechende Gestaltung des Stoffes verbürgen, erscheinen als Bearbeiter. Trotz einzelner Ungenauigkeiten scheint uns der erste Theil (Capitel 1—9) der exactere, weitaus besser gearbeitete zu sein; doch können wir nicht umhin, gleich an dieser Stelle zu bemerken, dass wir dabei von dem von Moos abgehandelten Capitel über allgemeine Aetiologie absehen, welches uns als eins der besten im ganzen Werke erscheint. Bei der weitläufigen Bearbeitung des Stoffes ist es wohl unmöglich, hier des Näheren in die Besprechung der einzelnen Capitel einzugehen, wir möchten aber doch nicht unbemerkt lassen, dass es im Interesse der Wissenschaft und der einzelnen Autoren gelegen ist, in den Citaten auch den neuesten Angaben der Autoren Rechnung zu tragen. Wir möchten dies besonders hervorheben mit Rücksicht auf die Angaben, welche über das von Gruber s. Z. entdeckte Knorpelgebilde zwischen Hammer und Trommelfell, sowie über das von demselben Forscher entdeckte dentritische Fasergebilde im Trommelfelle gemacht sind. In seiner ersten Mittheilung über das Knorpelgebilde spricht Gruber von einer „gelenkartigen Verbindung" zwischen Hammer und Trommelfell. Er giebt auch an, ein Mal eine Discontinuität mit synoviaartiger Flüssigkeit gesehen zu haben. Seine letzte Ansicht über diesen Gegenstand finden wir in seinem Lehrbuche (2. Aufl.), wo er von einer gelenkartigen Verbindung etwa nach Art der Symphyse spricht. Ebenso falsch ist die Angabe, dass Gruber nur einen Theil des dentritischen Fasergebildes sah, da er in seiner ersten (1867) gemachten grösseren Publication bereits angiebt, dass sich dieses Gebilde am ganzen Trommelfelle, vorzugsweise jedoch an dessen hinterer Hälfte vorfindet. Ausgezeichnet ist das Capitel über pathologische Anatomie von Habermann.

Digitized by Google

Die zweite Hälfte des vorliegenden Bandes umfasst die letzten sechs Capitel, in welchen die Statistik und Eintheilung, die Symptomatologie, Aetiologie, Diagnostik, Prognose und Therapie sehr weitläufig, aber auch mit zahlreichen Wiederholungen und stellenweise sogar widerstreitenden Angaben abgehandelt sind. Auch die Reihenfolge der Capitel hätten wir anders gewünscht, indem wir es richtiger fänden, wenn das, nach unserer Ansicht, beste Capitel über „allgemeine Aetiologie und Beziehungen der Allgemeinerkrankungen zu Krankheiten des Gehörorganes“ von Moos der „allgemeinen Symptomatologie“ von Urbantschitsch voranginge, dem dann das 13. Capitel über Diagnostik folgen würde. Die Abhandlung von Moos ist in hohem Grade interessant, zeitgemäss und lehrreich. Sie giebt ein sehr übersichtliches, klares und dem heutigen Standpunkte der bakteriologischen Forschung entsprechendes Bild sowohl bezüglich der Aetiologie, als der Pathologie, ja selbst der Symptomatologie. Die anderen Capitel erscheinen uns weit schwächer. Im Capitel über allgemeine Symptomatologie von Urbantschitsch findet sich eine fast wörtliche Wiedergabe der bereits im physiologischen Theile (Gad) genau ausgeführten Anschauungen über das „statische Organ“, und ein ähnliches Verhältniss finden wir auch öfters in den übrigen Capiteln.

Bei den Stimmgabelversuchen findet sich der von Gruber zum Zwecke der Dissimulation angegebene Versuch. Im vorangehenden Capitel ist der Bing'sche Stimmgabelversuch, der im Wesentlichen mit dem älteren Gruber'schen identisch ist, und bei dem nur die Art der Verwendung neu ist, als eine ganz selbstständige Methode angegeben, was hiermit richtiggestellt sei, ohne sonst dem Verdienste Bing's nahetreten zu wollen.

Wenn wir nun mit wenigen Worten ein zusammenfassendes Urtheil über das vorliegende Buch abgeben sollen, muss dasselbe dahin lauten, dass es bei seiner weiten Anlage für den Specialisten und Forscher ein sehr werthvolles Nachschlagebuch abgeben und demzufolge gewiss weite Verbreitung finden wird. Dr. Müller.

III. Referate.

a) Otologische:

Ueber extradurale Abscesse nach Otitis. Von Dr. Hessler. (Arch. f. Ohrenheilk. Band XXXIII, 2. Heft.)

Hessler hat aus der Literatur 50 und aus seiner Praxis 3 Fälle reinen extraduralen Abscesses zusammengestellt behufs Entscheidung der Fragen: Wo ist der häufigste Sitz derselben, welche anatomischen Veränderungen im Schläfebeine sind ihnen vorangegangen?

Hessler fand nun die extraduralen Abscesse in beiden Ohren gleich oft vor, beim männlichen Geschlechte mehr wie doppelt so oft, als beim weiblichen, vorwiegend vom ersten bis zum 25. Lebensjahre.

Auch fand sich in einer Reihe von Fällen deutlich der anatomische Beweis, wie die Abscesse entstanden waren. Die Schleimhautentzündung der Mittelohrhöhlen hatte sich auf den Knochen fortgepflanzt, war durch diesen auf die Dura mater fortgeschritten und durch Abhebung derselben entstand dann der extradurale Abscess; diese Formen nennt H. secundäre.

Digitized by Google

In einer viel kleineren Anzahl von Fällen bestand keine fistulöse Communication zwischen Mittelohr und Abscesshöhle. Diese Formen nennt H. primäre.

Was den Sitz der extraduralen Abscesse anbelangt, so fand sich die cariöse Knochenfistel unter 41 secundären Fällen 25 Mal an der hinteren Fläche des Felsenbeines, 6 Mal am Tegmen tympani, je 1 Mal an der vorderen und vorderen und hinteren Wand. Die Ausbreitung der Caries war eine sehr verschiedenartige; in 14 von den erwähnten 41 Fällen konnte durch die Operation Heilung erzielt werden, während in den übrigen 27 Fällen der Tod durch Meningitis, Hirnabscess und Sinusphlebitis eintrat.

Von den 12 primären extraduralen Abscessen, bei denen die Eiterung von der Mittelohrhöhle nicht durch den Knochen hindurch unter die Dura mater weitergegangen war, befanden sich 6 an der hinteren, 2 an der vorderen Fläche des Felsenbeines, 1 am Tegmen tympani, während bei dreien Nichts darüber notirt war. Von diesen 12 Fällen wurden durch Operation 3 gerettet.

Die Entstehung der extraduralen Abscesse ist nach Hessler's Ansicht eine dreifache. Am häufigsten ist die Fortpflanzung der Eiterung des Mittelohres — begünstigt von Eiterverhaltung und Anomalien der Knochenstructur — direct durch den Knochen auf die ihn deckende Dura mater; manche Abscesse sind unzweifelhaft periphlebitischen Ursprunges; in der dritten Reihe von Fällen entsteht der extradurale Abscess gleichzeitig mit der Eiterung im Mittelohr, wie der subperiostale Abscess bei acuter infectiöser Ostitis und Osteomyelitis.

Was nun die Symptome der extraduralen Abscesse anbelangt, so muss sich H. Heineke anschliessen und sagen, dass sich ein Krankheitsbild von der Endocranitis oder Pachymeningitis nicht entwerfen lasse; denn dieselbe ruft entweder gar keine Erscheinungen hervor, oder ihre Symptome haben nichts Characteristisches und werden von den durch die begleitenden und nachfolgenden Erkrankungen bedingten Störungen verdeckt; nur wenn man die Dura direct beobachten, oder das Vortreten von Eiter zwischen Knochen und Dura wahrnehmen kann, ist die suppurative Endocranitis mit Sicherheit zu erkennen. In allen anderen Fällen könnte, da von den intracraniellen Folgeerkrankungen nach Otitis die Meningitis, die Sinusphlebitis und die Hirnabscesse in Betracht kommen, die Diagnose der extraduralen Abscesse nur per exclusionem gestellt werden.

Die Therapie soll eine prophylactische, andererseits eine chirurgische sein.

Durch Verhütung jeder Eiterverhaltung im Ohre muss das Uebergreifen der Entzündung auf den Knochen verhütet werden; besonders hat man die Eventualität der Dehiscenzen an den knöchernen Wandungen des Mittelohres in's Auge zu fassen. Hat man den Abscess erkannt, so muss er breit eröffnet, desinficirt und drainirt werden. Das allein richtige Instrument zur Eröffnung ist der Meissel, da er allein die absolut nothwendige Uebersicht über das Operationsterrain ermöglicht.

Gomperz.

Digitized by Google

Ein zweiter Fall von Verletzung des Bulbus der Vena jugularis interna bei Paracentese des Trommelfelles. Von Dr. Hildebrandt. (Arch. f. Ohrenheilk. XXX, XIV.)

Bei einem 4jährigen Mädchen wurde wegen acuten rechtsseitigen Katarrhes die ausgedehnte Paracentese des glanzlosen gerötheten, im hinteren unteren Quadranten vorgewölbten Trommelfelles ausgeführt. Unmittelbar darauf ergoss sich ein fingerdicker Blutstrahl aus dem Gehörgange; die Blutung stand sofort auf Tamponade, der Blutverlust betrug ca. 100 Cbcm. Nach 2 Tagen, als der Tampon entfernt wurde, liess sich im hinteren unteren Quadranten eine bläulich-rothe Vorwölbung von Erbsengrösse und wechselnden Contouren finden; der Lichtreflex änderte bei Druck auf die Jugularis interna seine Gestalt — kein Zweifel, es ragte der Bulbus venae jugularis in die Paukenhöhle.

Die Venen der rechten Gesichtshälfte waren stärker gefüllt, als die der linken. Das Kind war rhachitisch gewesen. Gomperz.

Einiges über die klinische Bedeutung bestimmter Trommelfellperforationen. Von Dr. Müller in Jena. (Arch. f. Ohrenheilk. 32, 2.)

Aus dieser Arbeit, welche die Anschauungen des Jenenser Professor's Kessel darthun soll, muss insbesondere die Therapie der mit Lichtkegel, nieren-, herzförmigen und Total-Perforationen einhergehenden Otorrhoeen unser lebhaftes Interesse erwecken. Was zuerst die an Stelle des Lichtkegels, also im vorderen unteren Quadranten sitzenden Lücken betrifft, so sollen sie schwerer zur Ausheilung durch Verschluss gelangen, da die radiären Trommelfellfasern an dieser Stelle kürzer und stärker gespannt und als „Haftband" für das untere Ende des Hammergriffes anzusehen seien. Sitzt die Perforation im Bereiche des Lichtkegels, so weiche der Hammergriff nach innen, die benachbarten Radiärfasern werden straffer gespannt, ihr Regenerationstrieb beeinträchtigt; in erhöhtem Maasse kommen diese Folgezustände bei den nierenförmigen Perforationen vor, mit denen die central am Umbo gelegenen gemeint sind; bei den herzförmigen, welche durch weiteres Einschmelzen der Perforationsränder entstehen, und bei den totalen.

Müller resp. Kessel findet nun, dass in allen diesen Fällen die übliche Therapie der Otorrhoe sich meist machtlos erweist und erachtet es für nothwendig, bei den Lichtkegel- und nierenförmigen Perforationen die Tenotomie des Tensor tympani, bei grösseren und totalen Trommelfelldefecten sogleich die Extraction des Hammers, ev. mit dem Ambosse vorzunehmen, ohne sich vorher lange mit den üblichen Behandlungsmethoden zur Sistirung der Otorrhoe abzugeben.

Die Krankengeschichten von 9 derart operirten Fällen beschliessen M.'s Arbeit. In 7 Fällen sistirte bald die Otorrhoe und besserte sich die Hörweite, in 2 Fällen blieb letztere unverändert. Ob nicht die Besserung auch ohne Operation eingetreten wäre, ist nach der Ansicht des Referenten sehr discutirbar.

Bei dem Umstande, dass sehr viele Otorrhoeen trotz Lichtkegel-, nieren- und herzförmigen, sowie Total-Perforationen blos mittelst der milden antiseptischen Methode rasch und dauernd unter bedeutender Hörverbesserung geheilt werden können, ist es nach Ansicht des Refe-

Digitized by Google

renten ganz ungerechtfertigt, von vornherein blutig zu operiren, bevor man nicht für jeden einzelnen Fall den Werth der üblichen Behandlungsmethoden erprobt hat. Gomperz.

b) Rhinologische:

Ueber relative atrophische Rhinitis. (De la rhinite atrophique relative.) Von Dr. Couetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 8.)

Die Fälle, wo die Atrophie wenig ausgesprochen ist und an der unteren Nasenmuschel wie gewöhnlich beginnt, sind die dankbarsten für die Behandlung. Der Geruch und die Atrophie der Mucosa gehen nicht gleichen Schritt, es besteht sogar Ozaena ohne Atrophie, immer aber besteht Hypertrophie der unteren Muscheln; man muss also letztere behandeln, bevor die Atrophie eingetreten ist, und diese Fälle sind viel günstiger. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die atrophische Rhinitis entsteht nach Hypertrophie der Mucosa der Muscheln sowohl als des Rhinopharynx; 2) sie hat zwei Stadien, die relative und die absolute Atrophie; 3) die relative Atrophie wird zur Ozaena sowohl durch Verstopfung des Rhinopharynx als durch zu grosse Weite der Nasenhöhlen; die Prognose ist desto günstiger, je mehr die Stagnation des Secretes von der Verstopfung herrührt, zu welcher Verstopfung man auch die adenoiden Vegetationen rechnen muss; 4) die absolute Atrophie kommt mit der Erweiterung aller Höhlen; hier ist die Stagnation der Secrete nicht mehr von der Obstruction bedingt; 5) bei jeder Ozaena soll man den Rhinopharynx untersuchen und eventuell behandeln; man muss eine bestehende Hypertrophie als prognostisch günstig betrachten und selbe energisch behandeln. Dr. P. K.

Extraction einer in die Choanen eingedrungenen Haarnadel. (Extraction d'une épingle à cheveux ayant pénétré dans les fosses nasales postérieures.) Von Dr. Kellcher. (N.-Y. Medical Record, Juni 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Eine 5 Zoll lange Haarnadel war verschluckt worden. Extraction mittelst einer langen Zange. Dr. P. K.

Necrose der Nasenscheidewand und des Septum nach Typhus. (Nécrose du palais et de la cloison du nez consécutivement à la fievre typhoide.) Von Dr. Fleischer. (Wratch 1891, No. 24 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 8.)

Seltene Fälle. Typhus verlief normal. Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Geschwüre des Pharynx und des Larynx während Typhus. (Affection ulcéreuse du pharynx et du larynx dans le cours de la fièvre typhoide.) Von Dr. Roque. (Province médicale, Janvier 1891 und Revue de laryngologie 1892, No. 15.)

Verf. hat oberflächlichere und genauer abgegrenzte Geschwüre als die typischen typhösen Geschwüre beobachtet; sie scheinen contagiös zu sein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Chronische fibrinöse Pharyngitis. (Pharyngite fibrineuse chronique.) (Lancet, Septembre 1891 und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Ein 30jähriger Mann warf Pseudomembranen aus, welche sich fortwährend an der hinteren Rachenwand erneuerten; dabei Cephalalgie, Otalgie, Epistaxis; die Nase blieb immer frei. Microscopisch war ein Micrococcen enthaltendes fibrinöses Netz zu beobachten.

Dr. P. K.

Tiefer Halsabscess mit acuten laryngealen Symptomen, Tracheotomie, Heilung. (Cas d'abcès profond du cou suivi de symptomes laryngiens aigus, trachéotomie, guérison.) Von Dr. Ward Cousini. (Association britannique de laryngologie, 25. Mars 1892 und Revue de laryngologie 1892, No. 15.)

Ein 22 Monate altes Kind zeigt grosse Dyspnoe ohne aussen sichtbare Halsschwellung. Man muss die Tracheotomie ausführen und stösst auf einen tiefen Halsabscess, welcher viel Eiter entleerte. Da die Dyspnoe nicht nachliess, musste man die Tracheotomie zu Ende führen. Besserung. Die Wunde eiterte während 6 Wochen. Heilung.

Dr. P. K.

Cauterisationen bei Mandelhypertrophie. (De l'emploi des cautérisations dans l'hypertrophie des amygdales.) Von Dr. Alf. Arteaga. (Revista di laringologia, Mai 1891 und Revue de laryngologie et d'otologie 1892, No. 17.)

Thermische Cauterisationen sind allen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen, es kann keine von den oft genannten üblen Folgen vorkommen; die Cauterisationen sollen punktförmig, mehr weniger tief und von antiseptischen Gurgelungen gefolgt sein. Dr. P. K.

Mandelsarcom durch äusseren Schnitt entfernt. (Sarcome de l'amygdale enlevé par incision extérieure.) Von Dr. Homans. (Lancet, 29. Aout 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 8.)

Rundzellensarcom durch Amygdalotomie entfernt. Recidive. Aeusserer Hautschnitt vom Os hyoideum bis zum Warzenfortsatz, von innen losgeschält, mittelst Messer und Pincette durch die äussere Wunde entfernt.

Dr. P. K.

Gestieltes Papillom des weichen Gaumens. (Papillome pédiculé du voile du palais.) Von Dr. Dunn. (N.-Y. Med. Journal, Août 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Man findet sie nie ausser dem weichen Gaumen, der Uvula und dem Arcus; alle Fälle betrafen Patienten unter 30 Jahren. Immer Röthung in der Umgebung. In den 5 vom Verf. beschriebenen Fällen war die Abtragung leicht und ohne schlimme Folgen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Die vibratorische und electrische Massage der Nasen-, Pharynx- und Larynxschleimhaut. (Le massage vibratoire et électrique des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx.) Von Dr. Garnault. (Semaine médicale 1892, No. 45.)

Zuerst von dem Schweden Arvid Kellgren, Marinearzt in englischen Diensten, angewandt unter dem Namen Massage trépidatoire, Shaking massage, dann von Braun (Berliner medicin. Congress 1890), Herzfeld, Höfinger, Berthold, Demme und Laker fortgesetzt, wurde zum ersten Male vom Verf. mit der Electrizität verbunden und mit dem grössten Erfolg bei allen durch Bepinseln, Pulvereinblasungen, galvanocaustisch behandelten Erkrankungen der oberen Luftwege angewandt. Verf. beschreibt seine Methode und betont die Schwierigkeit der Uebung, sowie die grosse Geduld, welche sowohl Seitens des Arztes als Seitens des Patienten erfordert werden. Dr. P. K.

Ueber die Nothwendigkeit einer systematischen Erziehung der Stimme bei öffentlichen Rednern. (Nécessité d'une éducation systematique de la voix chez les orateurs publics.) Von Dr. Sandford. (Association britannique de laryngologie et de rhinologie, Mars 1892 und Revue de laryngologie 1892, No. 16.)

Auf einen eigenen, von ihm beobachteten Fall kommt Verf. zu dem Schluss, dass Leute, welche sich zum öffentlichen Reden bestimmen, eine methodische Erziehung ihrer Stimme erhalten sollen; sonst bleibt die Stimme schwach und es bilden sich chronische Larynxleiden in Folge von falscher Function der Stimmmuskeln aus. Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Pseudophotesthesie tactilen Ursprunges. (Sur un cas de pseudophotesthésie d'origine tactile.) Von Dr G. Gradenigo. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 8.)

Es ist allgemein bekannt, dass bei verschiedenen Leuten falsche Nebenempfindungen von Farben, Tönen, Gerüchen, Geschmacksempfindungen bestehen, welche durch eine primäre objective Empfindung oder von selbst in dem Bereich eines andern oder desselben Sinnes entstehen. Die Empfindungen, welche sich am häufigsten zu einander gesellen, sind die Ton- und Farbenempfindungen, was man dann farbige Gehörsempfindungen nennt (Audition colorée der Franzosen); jede objective Gehörsempfindung von einer gewissen Stärke oder in manchen Fällen selbst blos die Vorstellung dieser Gehörsempfindung genügt bei einigen Personen, ein beleuchtetes colorirtes oder nichtfarbiges Bild hervorzurufen; dieses Bild bleibt immer dasselbe für denselben Buchstaben, dieselbe Klangfarbe der Stimme oder des Instrumentes, dieselbe Intensität und dieselbe Höhe des Tones. Dieses Phänomen wurde zuerst von Hoffmann 1786 festgestellt; seither hat man sich mehr damit beschäftigt und ist die Arbeit von Suarez de Mendoza (134 Fälle) die vollständigste. Die durch die anderen Sinne, also durch Geruchs-, Geschmacks- und Gefühlssinn hervorgerufenen falschen Nebenempfindungen sind viel seltener, als diejenigen des Gehörssinnes. In den 134 von Suarez de Mendoza gesammelten Fällen waren blos 20, in denen gewisse Gerüche und Geschmacksempfindungen gefärbt waren; noch seltener sind die Fälle, wo gewisse subjective Empfindungen, wie Bauch- und Zahnschmerzen

Digitized by Google

oder Migräne von Farben begleitet sind. Verf. beschreibt einen einzig dastehenden Fall, wo Tastempfindungen die falsche Wahrnehmung von Farben hervorgebracht haben. Der Fall betrifft einen 21jährigen, sehr gediegenen Studenten, welcher mit sehr ausgesprochener Hypertrophie der beiderseitigen unteren Nasenmuscheln behaftet ist; der Gefühlssinn in diesen Muscheln ist so ausgebildet, dass die leiseste Berührung Schmerz hervorruft. Bei der operativen Behandlung dieser Muscheln verschwanden gleich die sonst bestehenden Kopfschmerzen und kehrten nicht mehr zurück. Auffallend war, dass Pat. während jeder Sitzung eine momentane, blitzschnelle rothe Lichtempfindung beim Herausziehen des Instrumentes empfand; später constatirte Verf., dass dieses Lichtphänomen blos beim plötzlichen Entfernen der zwei Klappen des Nasenspeculum eintrat. Dr. P. K.

Drei Fälle von primärer brandiger Angina. (Trois cas d'angine gangreneuse primitive.) Von Dr. Ramon de la Sota y Castra. (Archives intern. de laryngol., Mars 1891 und Revue de laryngologie et d'otologie 1892, No. 16.)

Der erste Fall betrifft einen starken Mann, die Gangrän verlief chronisch und Patient unterlag. Der zweite betrifft eine hämophylische Dame, welche an einer Mandelblutung starb. Der dritte Fall heilte mit narbiger Verziehung des Pharynx. Dr. P. K.

Spasmodische Aphonie und Dyspnoe. (Aphonie et dyspnée spasmodiques.) Von Dr. Onódi. (Société française d'otologie et de laryngologie, Mai 1892 und Revue de laryngologie 1892, No. 15.)

Nur 2 Fälle von Krause und Michael bekannt. Verf. erzählt einen dritten Fall, ein 24jähriges hysterisches Mädchen betreffend. Das laryngoscopische Bild war das der Posticuslähmung; der Hypnotismus half; es handelte sich ohne Zweifel um Krampf, weil Inhalationen von Aether momentan halfen. Dr. P. K.

---

4 Jahre dauernder kalter Abscess der Epiglottis. (Abcès froid de l'épiglotte d'une durée de quatre ans.) Von Dr. Chamberlain. (N.-Y. Med. Journal 1891, Avril und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Die betreffende, die gewöhnlichen Symptome hervorrufende Geschwulst gab beim Einschnitt den Ausfluss von etwa 80 Gramm dünnen Eiters. Die ganze Epiglottisschleimhaut bis auf den linken Epiglottisrand war unterhöhlt. Heilung. Dr. P. K.

Fremdkörper der Bronchien. (Corps étrangers des bronches.) Von Dr. Rushmore. (N.-Y. Med. Journal 1891, Juillet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Man soll nicht auf die spontane Austreibung warten, sondern activ vorgehen, ohne beunruhigende Symptome abzuwarten. Frühzeitige Tracheotomie; misslingt die Extraction durch die Trachealwunde, so soll man den Thorax öffnen und entweder durch die Pleura oder durch das Mediastinum auf den Fremdkörper losgehen (?). Dr. P. K.

Digitized by Google

Ergriffensein der obersten Luftwege als Vorstadium des Typhus; typische Larynxgeschwüre. (Affections de l'appareil respiratoire, prodrome de la fièvre typhoide; ulcérations typhiques laryngées.) Von Dr. Bayer. (Société belge de laryngologie et d'otologie, Liége 1892 und Revue de laryngologie 1892, No. 14.)

Selten beginnt der Typhus mit Localerscheinungen der obersten Luftwege; diese typhösen Geschwüre sind weder mit Tuberculose noch mit Syphilis zu verwechseln, man findet in ihnen den typischen Typhusbacillus. Verf. erzählt eine Krankengeschichte, einen Collegen betreffend, bei welchem die Halssymptome den beginnenden schweren Typhus einleiteten; der lethale Ausgang erhärtet die Meinung von von Willer, dass die typischen Gaumensegelgeschwüre immer einen schweren Typhus andeuten. Dr. P. K.

Epithelioma des oberen Theiles der Speiseröhre, Gastrotomie und Tracheotomie. (Cas d'épithélioma de la portion supérieure de l'oesophage traité successivement par la gastrotomie et par la trachéotomie.) Von Dr. Newman. (Glasgow Medical Journal 1891, Juni und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Auffallend durch seinen sehr schnellen Verlauf. Der Titel sagt den Rest. Dr. P. K.

Diphtheritis mit Erysipelas verbunden. (Cas de diphthérie compliqué d'érysipèle.) Von Dr. Pisarzewski. (Journal of laryngol. and rhinologie No. 6, 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1892.)

Bei einem 2jährigen, wegen Diphtheritis operirten Kinde kam 13 Stunden nach der Operation erhöhtes Fieber, welches nicht auf den sich immer bessernden Localzustand bezogen werden konnte; es zeigte sich ein Erysipel des Halses und des Thorax. Croup und Lungen besserten sich zusehends, das Erysipel heilte nach 4 Tagen. — Heilung. Der behandelnde Arzt behauptet, das Kind angesteckt zu haben. Dr. P. K.

Exstirpation des Schlundes, des ganzen Larynx, des Corpus thyroïdeum und der obersten Trachealringe. (Extirpation de la partie cervicale du gorge, du larynx entier, de la glande thyroide et des anneaux supérieures de la trachée.) Von Dr. Berg. (Journal of laryngologie 1891, No. 8 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 8.)

Die Operation wurde wegen Carcinom ausgeführt bei einem 37jähr. Mann. Zehn Wochen nach der Operation befand der Kranke sich sehr wohl. Sondenernährung. Dr. P. K.

Tuberkulöses Schlundgeschwür mit Milchsäure behandelt. (Tuberculous ulceration of pharynx treated by lactic acid.) Von Percy Kidd, London. (Lancet, 19. November 1892.)

Verf. stellte in der med. society of London eine Kranke vor, welcher er eine grosse tuberkulöse Ulceration des ganzen Schlundes durch die mehrfache Anwendung der 50procentigen und der reinen Milchsäure geheilt hatte. Er hat auf diese Art vier Fälle geheilt und einen, der

Digitized by Google

unzweifelhaft tuberkulöser Natur war, spontan heilen sehen. Hutchinson erwähnt, dass er einen Fall durch dreimalige Anwendung des Thermokauters geheilt habe. Prof. Schm.

Ueber intermittirenden einseitigen Laryngospasmus. (Du laryngospasme unilateral intermittent.) Von Dr. Garel und Dr. Collet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1892.)

Intermittirendes Stehenbleiben eines Stimmbandes auf der Medianlinie. Keine so seltene Fälle; selbe werden übersehen eben wegen der Intermittenz. Kommt meist vor bei nervös angelegten Patienten, bei bestehender Laryngitis und bei der laryngoscopischen Untersuchung während des Phonirens; vergeht immer nach einigen ruhigen Einathmungen. Die Untersuchungen von Claude Bernard haben übrigens die doppelte Innervation der Zunge nachgewiesen, von denen die eine der Phonation, die andere der Respiration vorsteht; das normale Spiel der Glottis hängt von dem Gleichgewicht dieser antagonistischen Functionen ab. Wenn also durch die Phonation oder umgekehrt durch einige ruhige Inspirationen der Larynx in Thätigkeit tritt, so kommt Contractur der Adductoren oder Contractur der Abductoren. Die Behandlung besteht in derjenigen der Laryngitis und des status nervosus; Cocain und Antispasmodica thun gut. Dr. P. K.

Bericht über 22 Fälle von Intubation des Kehlkopfs. (A report of 22 cases of intubation of the larynx.) Von James B. Ball, M. D., London. (Lancet, 26. November 1892.)

Die Fälle betrafen alle Kinder von 13 Monaten bis zu acht Jahren, zehn wurden geheilt. Ein Fall war durch das Trinken von heissem Thee und einer durch Carbolsäure entstanden, die anderen waren diphtheritische oder einfach katarrhalische. Fünf Fälle waren secundäre bei Masern, von diesen starben vier. In fünf Fällen musste nachträglich die Tracheotomie gemacht werden, weil die Tube durch Membranen verstopft schien, sie starben alle. Prof. Schm.

Idiopathischer Larynxabscess. (Abcès idiopathique du larynx.) Von Dr. W. Milligan. (Association britannique de laryngologie, 25. Mars 1892 und Revue de laryngologie 1892, No. 15.)

Hühnereigrosse Geschwulst an der rechten Hälfte der Cartilago thyroidea mit Schlingbeschwerden. Fluctuation. Das Laryngoscop zeigt eine Anschwellung an der hinteren Epiglottisfläche rechts. Eröffnung aussen und innen. Der Fall ist interessant wegen des schleppenden Verlaufs, des Fehlens der laryngealen Symptome und der Tendenz, nach aussen aufzubrechen. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Lachlan Tyler. (N.-Y. Med. Record 1891, Juni und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Ein 65jähriger Mann starb plötzlich während der Mahlzeit. Die Section ergab im Larynx ein 1 Zoll langes und ½ Zoll breites Stück Rindfleisch, welches nur mit Mühe aus dem Larynx entfernt werden konnte. Dr. P. K.

Digitized by Google

Acute Thyreoiditis. (Acute Thyreoiditis.) Von J. C. M. Given, M. B., Liverpool. (Lancet, 22. October 1892.)

Eine acute Entzündung der Schilddrüse mit sehr starker Betheiligung des Zellgewebes, so dass anfangs die Diagnose schwer war. Eine bestimmte Ursache derselben war nicht zu finden. Der Fall endete in Heilung. Prof. Schm.

Locale anästhetische Wirkung des Antipyrin; seine Anwendung bei einigen Pharynx- und Larynxleiden. (Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx.) Von Dr. E. Saint Hilaire. (Bulletin et mémoires de la société de laryngologie de Paris, Juni 1891 und Revue de laryngologie 1892, No. 15.)

Ins Auge des Kaninchens gebracht, bringt es Anfangs Schmerz, dann aber vollständige Unempfindlichkeit hervor; die Unempfindlichkeit bezieht sich auf das Tastgefühl, auf Kälte und Hitze, und dauert eine bis zwei Stunden, man muss aber wenigstens eine 30procentige Lösung anwenden. Um den zuerst eintretenden Schmerz zu vermeiden, kann man Cocain zusetzen. Das Mittel empfiehlt sich besonders bei Tuberculose.

Dr. P. K.

Bromäthyl als Anästheticum. (De l'emploi du bromure d'éthyle comme anaesthétique.) Von Dr. Lubet-Barbon. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1892 und Revue de laryngologie 1892, No. 16.)

Betäubt schnell und rasch vorübergehend, bringt nie Ohnmacht hervor, der Kranke braucht nicht zu liegen, man braucht keinen Assistenten: Alles Vorzüge vor dem Chloroform. Nur darf man nicht zagen und schnell grosse Dosen anwenden, ohne Luft dazwischen einathmen zu lassen; 4 — 5 ordentliche Athemzüge genügen gewöhnlich. Muskelerschlaffung tritt nicht ein; das Bewusstsein tritt bald wieder ein und es bleibt nur ein Gefühl von Schwere zurück. Bei mehr als 600 Fällen hatte Verf. nicht einmal Gelegenheit, ein unangenehmes Symptom zu beobachten. Dr. P. K.

Anaesthesie mit Bromäthyl und Tod. (Anesthésie par le bromure d'éthyle ayant causé la mort.) Von Dr. Gleich. (Bulletin médical Mars 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Ein 48jähriger Mann sollte auf der Billroth'schen Klinik in Wien wegen eines Furunkels am rechten Arm operirt werden. Man schläferte ihn mit Bromäthyl ein: Cyanose, Respiration und Puls stockten, Tod. Die $1^1/_2$ Stunden fortgesetzte künstliche Respiration half nicht.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Lunge. (Corps étranger dans le poumon.) Von Dr. Epler. (Med. Record, Juni 1891 und Revue de laryngologie 1892, No. 15.)

Ein 40jähriger Mann leidet an der rechten Lunge; Husten, Auswurf, Schmerz, Blutauswurf. Die Section ergab an der rechten Lungenbasis eine $2^1/_2$ Zoll grosse Metallmünze. Man wusste nichts von der Art des Eindringens in den Körper. Dr. P. K.

Digitized by Google

Anzeige.

Der 12. Congress für innere Medicin findet vom 12.—15. April 1893 zu Wiesbaden unter dem Präsidium des Herrn Immermann (Basel) statt.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch, den 12. April: Die Cholera. Referenten: Herr Rumpf (Hamburg) und Herr Gaffky (Giessen).

Am dritten Sitzungstage, Freitag, den 14. April: Die traumatischen Neurosen. Referenten: Herr Strümpell (Erlangen) und Herr Wernicke (Breslau).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr v. Ziemssen (München): Ueber parenchymatöse Injectionen bei Tonsillen-Erkrankungen. — Herr Emmerich (München): Die Herstellung, Conservirung und Verwerthung des Immuntoxinproteïns (Immunproteïdins) zur Schutzimpfung und Heilung bei Infectionskrankheiten. — Herr Adamkiewicz (Krakau): Ueber den Krebs und seine Behandlung. — Herr v. Jaksch (Prag): Zur Chemie des Blutes. — Herr v. Mering (Halle): Ueber die Function des Magens. — Herr Fleiner (Heidelberg): Ueber die Behandlung einiger Reizerscheinungen und Blutungen des Magens. — Herr Pollatschek (Karlsbad): Haben die Karlsbader Wässer eccoprotische Wirkung? — Herr Rosenfeld (Breslau): Ueber Phloridzinwirkung. — Hr. Koeppe (Reiboldsgrün): Ueber Blutuntersuchungen im Gebirge.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (Fortsetzung). — Sendziak: Croup oder Diphtheritis der Nase? — Eine neue Modification am Paukenröhrchen. — II. Kritiken: Schwartze: Handbuch der Ohrenheilkunde. — III. Referate: a) Otologische: Hessler: Ueber extradurale Abscesse nach Otitis. — Hildebrandt: Ein zweiter Fall von Verletzung des Bulbus der Vena jugularis interna bei Paracentese des Trommelfells. — Müller: Einiges über die klinische Bedeutung bestimmter Trommelfellperforationen. — b) Rhinologische: Couetoux: Ueber relative atrophische Rhinitis. — Kellcher: Extraction einer in die Choanen eingedrungenen Haarnadel. — Fleischer: Necrose der Nasenscheidewand und des Septum nach Typhus. — c) Pharyngo-laryngologische: Roque: Geschwüre des Pharynx und des Larynx während Typhus. — Chronische fibrinöse Pharyngitis. — Cousini: Tiefer Halsabscess mit acuten laryngealen Symptomen, Tracheotomie, Heilung. — Arteaga: Cauterisationen bei Mandelhypertrophie. — Homans: Mandelsarcom durch äusseren Schnitt entfernt. — Dunn: Gestieltes Papillom des weichen Gaumens. — Garnault: Die vibratorische und electrische Massage der Nasen-, Pharynx- und Larynxschleimhaut. — Sandford: Ueber die Nothwendigkeit einer systematischen Erziehung der Stimme bei öffentlichen Rednern. — Gradenigo: Ein Fall von Pseudophotesthesie tactilen Ursprunges. — de la Sota y Castra: Drei Fälle von primärer brandiger Angina. — Onódi: Spasmodische Aphonie und Dyspnoe. — Chamberlain: 4 Jahre dauernder kalter Abscess der Epiglottis. — Rushmore: Fremdkörper der Bronchien. — Bayer: Ergriffensein der obersten Luftwege als Vorstadium des Typhus. — Newman: Epithelioma des oberen Theiles der Speiseröhre, Gastrotomie und Tracheotomie. — Pisarzewski: Diphtheritis mit Erysipelas verbunden. — Berg: Exstirpation des Schlundes, des ganzen Larynx, des Corpus thyroïdeum und der obersten Trachealringe. — Kidd: Tuberkulöses Schlundgeschwür mit Milchsäure behandelt. — Garel und Collet: Ueber intermittirenden einseitigen Laryngospasmus. — Ball: Bericht über 22 Fälle von Intubation des Kehlkopfs. — Milligan: Idiopathischer Larynxabscess. — Tyler: Fremdkörper im Larynx. — Given: Acute Thyreoiditis. — St. Hilaire: Locale anästhetische Wirkung des Antipyrin; seine Anwendung bei einigen Pharynx- und Larynxleiden. — Lubet-Barbon: Bromäthyl als Anästheticum. — Gleich: Anästhesie mit Bromäthyl und Tod. — Epler: Fremdkörper in der Lunge. — Anzeige, betr. 12. Congress für innere Medicin.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Docent Dr. **Gompertz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. Berlin, März 1893. No. 3.

I. Originalien.

Ueber das Abhängigkeitsverhältniss der Form des äusseren Gehörgangs von der Schädelform.

Von

Dr. **Ostmann**

Stabsarzt und Privatdocent der Ohrenheilkunde zu Königsberg i. Pr.

Bei der Untersuchung von 2302 Rassen-Schädeln aus den craniologischen Sammlungen der anatomischen Institute zu Königsberg i. Pr., Berlin, Halle a. S. und der Privatsammlung des Herrn Prof. E. Schmidt zu Leipzig behufs Feststellung des Vorkommens von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen fiel mir mehr und mehr auf, dass mit einer gewissen Gesetzmässigkeit die Hauptschädelformen auch bestimmt geformte äussere knöcherne Gehörgänge aufwiesen, wobei jedoch Ausnahmen vorkommen.

Es hat der dolichocephale Schädel einen mehr rundlichen, der brachycephale einen mehr länglich-ovalen Gehörgang. Je nach dem vorherrschenden Typus der Schädelform einer Rasse zeigt sich auch ein vorherrschender Typus des Gehörgangs. So zeigen die Schädel von afrikanischen Negern, Ozeaniern, Australiern und Eskimos vorwiegend ein mehr kreisrundes Gehörgangslumen, wobei die Höhenaxe des äusseren Gehörgangs ziemlich senkrecht gestellt ist und zumeist nur wenige Milli-

Digitized by Google

meter die Breitenaxe an Länge übertrifft. Bei diesen Völkerrassen überwiegt aber auch in mehr oder weniger starkem Maasse der dolichocephale Schädelbau; denn nach einer von Ranke[1]) aufgestellten Tabelle, welche ich procentualisch berechnet habe, ergiebt sich für diese Völker folgende Vertheilung der Hauptschädelformen:

Völkerrasse.	Anzahl der Schädel	Schädelform.		
		Dolichocephalie	Mesocephalie	Brachycephalie
Australier . . .	88	89,0 pCt.	11,0 pCt.	—
Ozeanier	410	69,0 „	24,0 „	7,0 pCt.
Afrikaner . . .	?	56,0 „	38,0 „	6,0 „

Die Eskimos sind nahezu reine Dolichocephalen.

Dabei sind die räumlichen Verhältnisse des äusseren Gehörgangs namentlich bei Negern z. Th. recht bedeutende; ich habe z. B. an dem Schädel eines Unamwezi-Negers die Höhe des Gehörgangs an seiner äusseren Oeffnung mit 1,8 Ctm. und die Breite mit 1,5 Ctm. bestimmt.

Demgegenüber haben die asiatischen Völkerschaften, wie die Chinesen, Japaner und Bewohner der Mongolei vorwiegend einen mehr länglich-ovalen Gehörgang, dessen Höhendurchmesser zuweilen doppelt oder nahezu doppelt so gross ist, wie der Querdurchmesser. In Uebereinstimmung hiermit finden wir bei diesen Völkerschaften, wenn auch nicht ganz in dem Maasse, wie bei den Europäern, die Meso- und Brachycephalen bei Weitem vorherrschend.

Ein solches Abhängigkeitsverhältniss der Form des äusseren knöchernen Gehörgangs von der Schädelform dürfte auch erklärlich sein; denn mit dem grösseren Wachsthum des gesammten Schädels in die Länge wird auch der Querdurchmesser des äusseren Gehörgangs im Allgemeinen wachsen, sein Durchschnitt somit sich mehr der rundlichen Form nähern und umgekehrt.

Wir können demnach unbeschadet der Ausnahmen sagen, dass die Form des Gehörgangslumens im Grossen und Ganzen abhängig ist von der Schädelform, und dass im Allgemeinen zu dem dolichocephalen Schädel der mehr kreisrunde, zu dem brachycephalen Schädel der mehr länglich-ovale Gehörgang gehört.

---

[1]) Ranke: „Der Mensch", II. Bd., pag. 204.

Digitized by Google

Croup oder Diphtheritis der Nase?

(Rhinitis fibrinosa aut diphtheritica?)

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Warschauer Medicinischen Gesellschaft am 7. Juni 1892.

Von

Dr. **Johann Sendziak,**

ehemaliger Assistenz-Arzt in der Abtheilung für Hals- uud Lungen-Krankheiten im Heiligen-Geist-Hospital zu Warschau.

(Schluss zu No. 2, 1893.)

Schon im Jahre 1883 veröffentlichte Klebs seine Mittheilung, es war jedoch nicht ganz zweifellos, dass es ihm gelang, das diphtheritische Gift zu entdecken. Im folgenden Jahre (1884) bewies Löffler, dass der von ihm entdeckte Bacillus für Diphtherie wirklich specifisch ist. Seitdem führt er gewöhnlich den Namen Klebs-Löffler'scher oder auch Löffler'scher Bacillus. Indess bis zum Jahre 1890 war die Frage des diphtheritischen Giftes doch nicht ganz entschieden gelöst — erst nach den Arbeiten der französischen Verfasser Roux und Yersin[44]) aus dem Institut Pasteur, weiter der deutschen Verfasser Kolisko und Paltauf, sowie Brieger und Fraenkel und vieler Anderer, welche die erste Mittheilung Löffler's bestätigten, muss man die Frage der Aetiologie der Diphtherie als endgiltig gelöst betrachten: Löffler's Bacillus ist unzweifelhaft das specifische Gift für Diphtherie (Karlinski[52]). Nach den beweiskräftigen Arbeiten von Smith[25]), Lefèvre[26]), Strübing[27]), Morel[28]), Spronek[29]), Espine und Marignac[30]) und vieler Anderen kann daran nicht mehr gezweifelt werden, und es lässt sich die Thatsache durch Zahlen bekräftigen. So fand den Löffler-schen Bacillus:

1.	Pruddon[31])	bei	316	Fällen	der	Diphtherie	302 Mal,
2.	Baginsky (l. c.) . .	„	154	„	„		118 „
3.	Ritter (l. c.)	„	113	„	„		66 „
4.	Beck[54])	„	51	„	„		50 „
5.	Paltauf und Kolisko	„	50	„	„		50 „
6.	Escherich[32]). . . .	„	22	„	„		22 „
7.	Klein	„	22	„	„		22 „
8.	Löffler.	„	33	„	„		20 „
9.	Tangl[33])	„	18	„	„		18 „
10.	Zarniko	„	20	„	„		18 „
11.	Ortmann	„	16	„	„		15 „
12.	Roux und Yersin. .	„	15	„	„		15 „
13.	Babes	„	14	„	„		14 „
14.	Hofman	„	8	„	„		8 „
15.	Sörensen	„	10	„	„		7 „
16.	Guttmann	„	8	„	„		6 „
	Zusammen	bei	870	Fällen	der	Diphtherie	751 Mal.

Wir müssen hier hinzufügen, dass nicht in allen Fällen das klinische Bild unzweifelhaft Diphtherie darstellte. Im Gegentheil waren darunter auch leichtere Fälle, wie auch die sogenannte „Angina follicularis" etc.,

Digitized by Google

so dass man nach den Ansichten aller Verfasser, welche die einschlägigen Untersuchungen ausführten, jetzt als Postulat betrachten muss, dass nur da, wo die bacteriologischen Untersuchungen (Culturen resp. Impfungen) die Existenz Klebs-Löffler'scher Bacillen zeigen, wir das Recht haben, von der wirklichen Diphtherie zu sprechen. Im entgegengesetzten Falle sind es pathologische Processe, die mit Diphtherie nichts gemeinsam haben. Zu diesen letzteren gehören die von Baginsky auf Anrathen der französischen Verfasser mit dem Namen „Diphtheroid" belegten leichten Fälle der Diphtherie (von 154 — 36), bei welchen er nur Staphylo- und Streptococcus pyogenes fand. Dies sind, wie es scheint, Fälle, über welche bei uns (in Polen) Czaikowski[34]) noch im Jahre 1888 schrieb. Ich erwähne hier passatim, dass Troye (vide Discussion über Baginsky's Vortrag) in schweren, mit dem Tode endenden Fällen (29) von Diphtherie im Secrete der Schleimhaut der respiratorischen Wege beständig Streptococcus pyogenes aureus fand — in 13 Fällen sogar auch im Blute des Herzens und der Milz. Hierher gehört auch die Affection des Rachens bei Scharlach, die von Henoch sogenannte „Scharlachnecrose", die nach Heubner im Sinne der „Coagulationsnecrose" von Weigert zu deuten ist und welche nach den letzten Untersuchungen von Baginsky, der dabei nur Coccen fand, auch von Diphtherie, wie es scheint, getrennt werden muss. Derselben Ansicht sind auch Henoch und Löffler, der dieses Leiden als „Pseudodiphtherie" auffasst und es von dem Vorhandensein des Streptococcus abhängig macht.

Auch die sogenannte „Angina follicularis" (vielmehr Tonsillitis lacunaris, weil der Process nur in den Crypten der Tonsillen localisirt ist, Folliculi jedoch nicht angegriffen sind) scheint mit Diphtherie nichts gemein zu haben, was wenigstens B. Fraenkel, Ritter (der in 31 Fällen dieser Krankheit nicht ein einziges Mal Löffler's Bacillen fand) und Sendtner[35]) beweisen, obgleich Sokolowski und Dmoschowski[36]) auf Grund anatomisch-pathologischer Untersuchungen behaupten, dass diese Krankheit, für welche sie den Namen „Tonsillitis lacunaris pseudomembranacea" vorschlagen, nur eine schwächere Form der Diphtherie sei. Die Frage ist sehr wichtig und verlangt weitere, hauptsächlich bacteriologische Untersuchungen, welche ich in allernächster Zeit auszuführen beabsichtige.

„Es ist noch viel zu thun in der Aetiologie der Diphtherie", sagte Guttmann in der Discussion über den schon mehrere Male citirten Vortrag Baginsky's. Dies betrifft namentlich exsudative Processe in der Nase, im Rachen und Kehlkopfe (Rhinitis, Pharyngitis et Laryngitis fibrinosa s. crouposa), über welche man bis jetzt noch nicht ganz einig ist, ob sie mit Diphtherie verwandt sind oder nicht?

Betrachten wir zunächst die Krankheit, die uns am meisten interessirt, den Croup der Nase, so muss ich im vorhinein sagen, dass hier noch Mangel an genauen, in grossem Maassstabe geführten bacteriologischen Untersuchungen herrscht. Die Untersuchungen aber, welche gemacht wurden, sprechen in ihren Resultaten mehr zu Gunsten der Selbstständigkeit dieser Krankheit, wie wir schon vom klinischen Standpunkte aus annehmen mussten. Mit Ausnahme der einzelnen Publicationen, wie in Baginsky's resp. Stamm's 3 Fällen und Concetti

Digitized by Google

in Rom[37]), der bei einem 2monatlichen Knaben mit doppelseitiger Affection der Nase bei der ersten Untersuchung keine Löffler'schen Bacillen fand, sie jedoch am 15. Tage entdeckte, erhielten die meisten Verfasser (B. Fraenkel in 2 Fällen, Scheinmann, Leyden, Hunt, Seifert in einem Falle) eine besondere Form von Coccen — identisch, wie es scheint, mit denen, welche Lieven erhielt — sonst immer negative Resultate.

Von der Rhinitis fibrinosa müssen wir meiner Meinung nach die sogenannte chronische Diphtherie der Nase unterscheiden, welche einen ganz anderen Verlauf und andere Aetiologie hat und auf welche man in letzterer Zeit die Aufmerksamkeit lenkte. So finden wir z. B. in der Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 2, 1892 ein Referat über eine Arbeit eines unbekannten französischen Verfassers, betitelt „Diphtherie chronique du nez", wo 2 Fälle veröffentlicht sind: 1) ein 2monatliches Kind steckte 4 Personen aus der Umgebung an. Es genas, aber es kam zur Pharyngolaryngeal-Paralyse. 2) Die Krankheit dauerte mehrere Monate — nur das Microscop zeigte endlich den wirklichen Charakter der Krankheit (Loeffler's Bacillen). Weiter finden wir in der Arbeit von Schmiegelow in Kopenhagen („Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen", Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 1, 1892) eine Notiz über die Arbeit von Holt in New-York, betitelt „Obscure nasal diphtheria", wo er Fälle blos mit Absonderung und Blutung aus der Nase, jedoch ohne Membranen, bei Kindern beobachtete. Nach 29 Tagen trat Oedema universale ein und darauf Exitus letalis. Sehr interessant sind die experimentellen Untersuchungen von Lieven in Würzburg[38]) über die Aetiologie der Rhinitis fibrinosa. — Lieven untersuchte die Pseudomembranen nach galvanocaustischen Aetzungen und fand eine besondere Form von Coccus, der etwas abweichend war von Staphylococcus pyogenes aureus. Die reine Cultur dieser Coccen impfte er in 7 Fällen auf die durch Trichloressigsäure-Aetzung veränderte Schleimhaut der Nase vom Erwachsenen, sowie in 3 Fallen von Rhinitis hypersecretoria und Eczema narium bei Kindern mit positivem Resultate, indem er das typische Bild von Rhinitis crouposa s. fibrinosa erhielt. Bei normaler Schleimhaut der Nase war das Resultat negativ. Interessant sind auch die Untersuchungen von Maggiora und Gradenigo über Pseudomembranen, welche gewöhnlich nach galvanocaustischen Aetzungen entstehen, von denen diese Forscher nachwiesen, dass sie denen bei Rhinitis fibrinosa sehr ähnlich sind. Diese Verfasser nämlich fanden „Staphylococcum pyogenem aureum" und vermuthen, dass dieser letztere schon von der Operation sich in der Nase befand und dass er eigentlich die Ursache des Entstehens dieser Pseudomembranen ist; eine Ansicht, der man einen gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit nicht absprechen kann.

Wie wir aus Obigem sehen, kann diese in practischer Hinsicht ausserordentlich wichtige Frage jetzt noch nicht als entschieden betrachtet werden, wenngleich die Thatsachen mehr für Selbstständigkeit dieses pathologischen Processes sprechen.

Von weiteren, hauptsächlich bacteriologischen Untersuchungen kann man die Lösung dieser Frage erhoffen, was um so eher der Fall sein wird, wenn die betreffenden Kliniker über die nöthige Kenntniss des gegenwärtigen Standes der Bacteriologie verfügen.

Digitized by Google

Baginsky hat Recht, wenn er am Schlusse der Discussion über seinen Vortrag sagt: „Ich möchte meinen, dass nach den rasch fortschreitenden Ereignissen der jüngsten Epoche die Zeit nicht fern liegt, wo die bacteriologische Untersuchung am Krankenbett, ebenso wie die Auscultation und Percussion, ebenso wie die chemische Harnuntersuchung, wie die microscopische Untersuchung der Secreta und Excreta, eine echte klinische Untersuchungsmethode geworden ist."

Analog der Rhinitis fibrinosa fing man an in der letzteren Zeit die Pharyngitis fibrinosa chron. oder Angina crouposa benigna, wie sie im Gegensatz zur Diphtherie genannt wird, zu individualisiren.

Den ersten Fall dieser Krankheit hat, wie es scheint, B. Fraenkel vor ungefähr 15 Jahren veröffentlicht. Weitere Fälle sind von Bamberger, Strümpell, Henoch und Schech, der diesem pathologischen Processe als einer der Formen von „Pharyngitis exsudativa" ein besonderes Capitel in seinem vortrefflichen Handbuche der Krankheiten der Nase etc. widmete, veröffentlicht. Im Jahre 1891 publicirte Onodi in Budapest[40]) einen äusserst interessanten Fall dieser Krankheit bei einem 30 Jahre alten Arzte, der mit Intervallen 2 Jahre dauerte. Der fibrinöse Charakter der Membranen wurde nach Weigert's Methode bewiesen — eine passende bacteriologische Untersuchung zeigte die Anwesenheit der Micrococcen. In letzterer Zeit beschäftigte sich Hajek[41]) (Assistent von Prof. Schnitzler in Wien) sehr eingehend mit dieser Frage. Er beobachtete 5 Fälle von Pharyngitis fibrinosa chron. Einige von ihnen waren von Fieber begleitet, alle jedoch waren benigne. In keinem Falle war er im Stande, Klebs-Löffler'sche Bacillen zu entdecken, immer jedoch Staphylococcus pyogenes aureus oder Streptococcus pyogenes.

Diese Affection dauerte einmal kürzer (einige Tage), dann wieder länger (einige Wochen). Häufige Recidive. Der Verfasser betrachtet diese Affection nicht als einen höheren Grad der einfachen Entzündung der Schleimhaut, weil oft bei ausgebreiteten Membranen die Röthung unbedeutend war. Er vermuthet, dass die Individualisation hier eine gewisse Rolle spielt und hofft, dass weitere Untersuchungen diese Frage aufklären werden.

So wie es eine chronische Diphtherie der Nase giebt, giebt es auch eine chronische Diphtherie des Rachens, welche mit eigentlicher Pharyngitis fibrinosa chron. nichts zu thun hat. Die französischen Verfasser (Cadet de Gassicourt) nannten diese Form der Diphtherie, welche sich durch häufige Recidive characterisirt, so dass sie den Charakter einer chronischen Krankheit hat: „Diphthérie prolongé". Henoch beobachtete auch solche Fälle, welche 4 und mehr Wochen mit Recidiven dauerten. Jetzt kann man solche Fälle so erklären, dass der diphtheritische Bacillus ausserordentliche Lebensfähigkeit besitzt. Bekanntlich hat Löffler und Andere sogar in Fällen von Heilung der Diphtherie in den Schleimhäuten diphtheritische Bacillen gefunden. Bei jeder Recidive ist dieser Bacillus leicht zu entdecken.

Dasselbe, vielleicht in noch höherem Grade, zeigt sich bei der Krankheit, welche wir „primären Croup des Kehlkopfes" nennen, welche Gottstein vorzugsweise als Laryngitis pseudomembranacea beschreibt. — Henoch und auch Bokai[42]) betrachten die Laryngitis fibrinosa als eine selbstständige, nichts Gemeinsames mit der Diphtherie habende Krankheit.

Digitized by Google

Schrötter[49]), Gottstein und die ganze italienische Schule mit Prof. Massei, Masini, Cozzolino und Dr. Egidi an der Spitze betrachten „Croup des Larynx" als diphtheritischen Ursprungs. Concetti[43]), obgleich er in 3 Fällen dieser Krankheit den Bacillus Klebs-Löffler nicht gefunden hat, sieht den primären Croup des Kehlkopfes als eine Krankheit diphtheritischen Ursprungs an. Ich füge hinzu, dass derselbe Verfasser auf Grund eines Falles dem Croup der Nase die Selbstständigkeit abspricht. Es sind aber Beobachtungen bekannt, obgleich wenige, welche für Identität dieser beiden pathologischen Processe sprechen. So z. B. Kolisko und Paltauf, welche in Fällen aus Schrötter's Klinik in Wien beim Croup des Larynx ohne Betheiligung des Pharynx Löffler's Bacillen nachwiesen. Dasselbe giebt auch Baginsky an, welcher Fälle beobachtete, wo man nach der Tracheotomie in ausgehusteten Membranen die specifischen Diphtheriebacterien fand. Er vermuthet, dass hier, ähnlich wie bei dem Croup der Nase, dieses Gift vielleicht weniger bösartig ist und vielleicht deshalb nur den localen Process hervorruft, wogegen sich freilich einwenden liesse, dass gar kein Grund obwalte, warum die Schleimhaut der Nase oder des Larynx weniger günstige Bedingungen für die allgemeine Infection bieten sollte, als die des Pharynx. Roux und Jersin fanden auch in zwei Fällen von Laryngitis fibrinosa Löffler's Bacillus, dasselbe auch d'Espine und Marignac, endlich Tangl, und in allerletzter Zeit publicirte E. Fränkel 4 sehr beweisende, sorgfältig untersuchte Fälle*][56]).

Was mich betrifft, neige ich mich der Ansicht zu, dass man, so wie man die Rhinitis fibrinosa i. e. Croup und chronische Diphtherie der Nase, und wie man Pharyngitis fibrinosa chron. von chronischen diphtheritischen Processen im Rachen trennen muss, man auch bei Croup des Larynx 2 besondere Formen, nämlich Laryngitis fibrinosa und diphtheritica (meistens secundaria) unterscheiden müsse. Beide Formen haben verschiedenen klinischen Verlauf und verschiedene Aetiologie.

Die Frage der Aetiologie des primären Croup des Larynx ist noch nicht genau gelöst. Und wieder erscheint die Nothwendigkeit weiterer bacteriologischer Untersuchungen. Meiner Ansicht nach ist der Begriff „Diphtherie" noch zu weit gehend. Unbedingt finden gewisse pathologische Processe, wenigstens einige von denen (Rhinitis und Pharyngitis fibrinosa), keinen Platz in dem bestimmten Diphtherierahmen.

Aehnlich wie in der Nase, im Pharynx und Larynx ist auch der fibrinöse Process in den Ohren (Otitis externa crouposa s. fibrinosa) be-

*] In der letzten Zeit hatte ich Gelegenheit, einen Fall von „Laryngitis crouposa s. fibrinosa primaria" zusammen mit Pr. Przewoski auf dem Sectionstische su beobachten. — Der Fall betraf eine ungefähr 50jähr. Frau. Sie kam ins Spital mit Erstickungssymptomen. Man machte die Tracheotomie, aber die Kranke starb wenige Stunden nachher. Keine laryngoscopische Untersuchung vorher. — Bei der Autopsie fand man nur im Larynx und in der Trachea „Pseudomembranen", ganz characteristisch für Laryngitis fibrinosa. Absolut nichts im Rachen. Die microscopische Untersuchung (Färbung mit Löffler's Methylenblau + KOH), welche ich in diesem Falle unternahm, zeigte absolute Abwesenheit von Diphtherie-Bacillen, was auch Pr. Przewoski bestätigte. Leider habe ich in diesem Falle eine genauere bacteriologische Untersuchung (Culturen, Impfungen, wie z. B. in E. Fraenkel's Fällen) nicht ausgeführt und desbalb ist dieser Fall wenig beweisend.

Digitized by Google

kannt, welche bereits Gruber in der ersten Auflage seines Lehrbuches der Ohrenheilkunde (1878) erwähnt und der in den Handbüchern für Ohrenheilkunde (Politzer[45]) und in dem neuesten von Prof. Bürkner[46]) in Göttingen besondere Capitel gewidmet sind.

Die Fälle dieser seltenen Krankheit beobachtete schon Gottstein, hauptsächlich jedoch Prof. Bezold, der bekannte Specialist in München. Steinhoff dienten als Gegenstand für seine Monographie 35 Fälle dieser Krankheit (aus der Bezold'schen Klinik stammend). Bei uns (Polen) beschrieb vor einigen Jahren Guranowski[47]) einen ähnlichen Fall; es betraf einen 32jährigen Mann, bei welchem innerhalb 10 Tagen in den Ohren die Membranen sich entwickelten. — Die bacteriologische Untersuchung zeigte in diesem Falle die Existenz von „Bacillus pyocyaneus".

Auf diese Weise, wenn wir Bronchitis, Oesophagitis (Wagner-Wunderlich), Gastritis (Wiederhofer) etc. etc. fibrinosa s. crouposa für die mit der eigentlichen diphtheritischen nichts gemein habenden pathologischen Processe sui generis annehmen und solchen besondere Capitel in den speciellen Handbüchern widmen, indem wir sie zu den exsudativen Processen zählen, so sehe ich keinen Grund, warum man nicht dasselbe einfach per analogiam auch auf die Nase (Rachen, Kehlkopf) beziehen und den sogenannten „Croup" der Nase, des Pharynx etc. i. e. Rhinitis (Pharyngitis, Laryngitis) fibrinosa für eine selbstständige Krankheit betrachten kann.

Wenn wir die anatomische Seite dieser Frage betrachten, so werden wir sehen, dass die pathologische Anatomie auch mit der Klinik, theilweise wenigstens, übereinstimmt. Birch-Hirschfeld[50]) spricht sich folgendermaassen aus: „In seltenen Fällen wird das Auftreten primärer croupöser Rhinitis als eine locale Schleimhauterkrankung beobachtet." Virchow zählte noch im Jahre 1854 zum Croup die exsudativen Formen, jene jedoch, bei welchen Necrosis der Schleimhaut eintritt, zur Diphtherie. Auf diese Weise unterscheiden sich Croup und Diphtherie anatomisch gründlich von einander: wenn beim Croup die Oberfläche der Schleimhaut nach Entfernung der Pseudomembranen sich unverändert zeigt, so ist sie bei Diphtherie ulcerirt. Mit einem Worte, das erste Leiden ist viel leichter, als das zweite, was auch mit der Klinik übereinstimmt. Sogar Virchow sagt, obgleich es sich zeigen würde (was bis jetzt nicht geschehen ist), dass in diesen beiden Processen ein und dasselbe Gift (Bacillus Löffler) vorhanden ist, so würde dies doch nicht die Sache ändern: immer, sagt derselbe Autor, sind und werden diese beiden Processe anatomisch und klinisch verschieden bleiben. „Die ätiologische Einheit folge nicht aus der anatomischen Uebereinstimmung." Beim Croup haben wir es mit Exsudat (Pseudomembranen) zu thun, bei Diphtherie dagegen sind die Membranen necrotisirte und eliminirte (getrennte) Theile der Schleimhaut. Ich meine, dass die obige Ansicht von Virchow, dem Nestor der pathologischen Anatomie, auf die Waagschale gelegt werden und auf die Seite der Selbstständigkeit der croupösen pathologischen Processe im Allgemeinen und der Nase im Besonderen neigen soll, obgleich in letzterer Zeit eine unter der Leitung des Prof. Weigert in Frankfurt a. M. ausgeführte experimentelle Arbeit von Middeldorpf und Goldmann[55]) erschien, welche der obigen Ansicht widerspricht.

Digitized by Google

Diese Verfasser bewiesen, dass der experimentelle Croup (nach submucösen Injectionen von Ammoniak in die Schleimhaut der Respirationswege) und echte Diphtherie (in Organen eines 21jähr. Mannes, der am 4. Tage dieser Krankheit erlag) sich von einander nicht unterscheiden, so dass vom anatomischen Standpunkte aus Croup und Diphtherie identisch wären.

Es dürfte mir wohl gelungen sein, nachzuweisen, dass Croup der Nase in klinischer, als auch theilweise in anatomischer und ätiologischer Hinsicht eine selbstständige, mit der Diphtherie nichts gemein habende Krankheit ist.

Betrachte ich nun mit Rücksicht hierauf meinen Eingangs geschilderten Fall, so drängt sich die Frage auf, womit wir es eigentlich in diesem Falle zu thun haben, ob mit Croup oder Diphtherie der Nase; mit einem Wort: haben wir die im Titel dieser Arbeit enthaltene Frage in positivem oder negativem Sinne zu entscheiden? Zu diesem Zwecke werden wir noch einmal alle Symptome bei unserem Kranken kritisch besprechen.

Nach der Verwundung mit dem Rasirmesser am Kinn, resp. nach der Infection (sei es durch ein unreines Rasirmesser, sei es durch Kratzen mit einem unreinen Fingernagel, wodurch das unreine Aussehen des Geschwürs, Betheiligung der lymphatischen Drüse am Halse an der entsprechenden Seite, endlich allgemeine Symptome [Schwäche, Fieber] hervorgerufen wurden) erscheinen nach ungefähr einer Woche bei unserem Kranken die Symptome an der Seite der Nase, und zwar an der rechten Hälfte, wo seit langer Zeit Veränderungen (Chondroma) an der Scheidewand existirten. Diese Symptome bestanden in denen eines acuten Catarrhs mit darauf folgender Bildung der Pseudomembranen, gleichfalls nur an der rechten Seite. Es ist sehr leicht möglich, dass dasselbe Gift, welches primäre Infection am Kinn hervorgerufen hatte (leider war ich nicht im Stande, die passenden bacteriologischen Untersuchungen vorzunehmen, da zur Zeit, wo ich den Kranken zum ersten Mal in Behandlung nahm, das Geschwür fast abgeheilt war), durch Kratzen mit demselben Finger auf die Schleimhaut der Nase, was der Kranke selbst ausdrücklich betont, auf diese Hälfte, die seit lange wegen der oben erwähnten Chondroma septi den Locus minoris resistentiae abgab, eingeimpft worden war. Dieses Gift, wie es sich später bei den bacteriologischen Untersuchungen an den microscopischen Membranen, in Culturen und Impfungen zeigte, war „Streptococcus pyogenes aureus", welcher, wie es aus der experimentellen Arbeit von Lieven erhellt, auf der verletzten Schleimhaut der Nase die Membranen der Rhinitis fibrinosa hervorzurufen vermag.

In meinem Falle waren keine für Diphtherie characteristischen Bacillen (Klebs-Löffler), welche in den Membranen unter dem Microscope, wie auch in Culturen sehr wachsen und sehr leicht zu entdecken sind, nachweisbar. Auch eine Impfung der Culturen an Meerschweinchen brachte keine Symptome, welche für Diphtherie sprächen, hervor. — Während der folgenden 2 Wochen, von der Zeit des Nachlassens der primären Symptome (am Kinne) und des Eintritts localer Veränderungen in der Nase, formirten sich beständig Pseudomembranen bei afebrilem

Digitized by Google

Zustande oder bei nur geringem Steigen der Temperatur (38° C.). Ich füge noch hinzu, dass Mangel an Fieber beim Croup der Nase keineswegs ein Signum pathognomonicum für diese Affection ist, wie dies Schech, Potter und viele Andere einstimmig behaupten. Das Leiden, welches beim Erwachsenen primär hervortrat, ähnlich wie in den Fällen von B. Fraenkel, Hunt (Doctors-Frau), Seifert, beschränkte sich nur auf eine Hälfte der Nase, ähnlich wie in den Fällen von Moldenhauer, Hunt, Potter und Jurasz, ohne sich weder auf den Nasenrachenraum, noch auf den Kehlkopf auszubreiten. Im Rachen war ein geringer Grad der sogenannten Tonsillitis lacunaris (s. Angina follicularis), schwand jedoch sehr schnell. Solche Complicationen erwähnen jedoch auch Hunt, Moldenhauer und Seifert.

Absolut keine Betheiligung der lymphatischen Drüsen am Halse, keine secundäre Erkrankung, z. B. der Nieren (der Urin, mehrere Mal untersucht, enthält kein Eiweiss), keine Lähmungen, welche, wie es schon die Arbeiten von Roux und Jersin, Brieger und Fraenkel bewiesen, von toxischen Körpern, vom Bacillus diphtheriticus herstammend, bedingt sind, kamen in unserem Falle vor. Der Character der Membranen selbst, mehr ähnlich denen, welche wir gewöhnlich nach galvanocaustischen Aetzungen sehen und welche wie bei Seifert's: „Rhinitis fibrinosa secundaria", deren Lage im vorderen Theile und nur in einer Hälfte der Nase, deren verhältnissmässig leichte Entfernung, wobei sich die Schleimhaut nur wenig verändert zeigte (geschwollen und geröthet, aber ohne Ulcerationen), der Character der Secretion selbst, schleimig, nicht eitrig, fötid und mit Blutungen verbunden, wie es gewöhnlich bei Diphtherie der Nase ist — Alles dies spricht gegen Diphtherie und für Croup der Nase.

Der ganze Process dauerte in unserem Falle (wie in dem von Hunt) 2 Wochen (3 mit primärer Infection). Gewöhnlich giebt man in Handbüchern (Schech's z. B.) für diese Krankheit eine Periode von 8 Tagen bis 3 Wochen.

Auf Grund der obigen, verhältnissmässig unbedeutenden allgemeinen Symptome — im Beginne ziemlich stark ausgesprochene Schwäche und erhöhte Temperatur, müssen auf Kosten der primären Infection und Nachlässigkeit des Kranken in den ersten Perioden der Krankheit gerechnet werden — wegen Mangels an Vergrösserung der lymphatischen Drüsen am Halse, des Erscheinens der characteristischen Pseudomembranen auch der Beschränkung auf nur eine Hälfte der Nase, das Auftreten der primären Krankheit bei Erwachsenen, was, wie bekannt, nur ausnahmsweise bei der Diphtherie vorkommt, endlich, was auch sehr wichtig ist, die bacteriologische Untersuchung, welche Abwesenheit der für Diphtherie specifischen Klebs-Löffler's Bacillen ergab, ebenso das Fehlen von Lähmungen, Erkrankungen der Nieren und Ausbreitung über die nachbarlichen Organe (Ohren, Nasopharynx etc.), schliesslich der Mangel infectiöser Eigenschaften dieser Krankheit (die Frau des Patienten und Aerzte, von denen ich mich durch besondere Empfindlichkeit für diphtheritisches Gift auszeichne, blieben gesund), auf Grund Alles dessen müssen wir zu der Ueberzeugung gelangen, dass wir es in diesem Falle mit einem croupösen Processe in der Nase zu thun hatten, einem Processe, welcher, wie ich hinzufügen muss, der Complication mit der pri-

Digitized by Google

mären Infection (am Kinne) wegen, etwas von seinem Typus verlor und deshalb gewisse diagnostische Schwierigkeiten zeigte.

Schon nach der Beendigung dieser Arbeit hatte ich Gelegenheit, einen jetzt ganz typischen Fall bei einer 21jährigen Beamtenfrau zu beobachten. Formirung der Pseudomembranen (hauptsächlich an der rechten Seite) in der Nase dauerte ungefähr 2 Wochen. Im Beginne waren leichte, kurz dauernde allgemeine Symptome. Bacteriologische Untersuchung (Impfung der ganzen Membrane unter der Haut eines Kaninchens) brachte keine für Diphtherie sprechende Symptome hervor. — Uebrigens ist dieser Fall ausführlich an anderer Stelle (Journal of Laryngology 1892) behandelt worden.

Literatur.

1) Deutsche Med. Wochenschr. No. 29, p. 641.
2) „Die Krankheiten des Halses und der Nase", 1880—1884.
3) „Die Krankheiten der Nasenhöhle", 1886.
4) „Maladies des fosses nasales", 1886.
5) „Die Krankheiten der Nase", II. Auflage, 1888.
6) „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase", IV. Auflage, 1892.
7) „Die Krankheiten der oberen Luftwege", 1891.
8) Vide: Discussion über den Vortrag Baginsky's, Berl. kl. Wochenschrift No. 9—10, 1892.
9) „Ueber Croup und Diphtheritis", Wien.
10) „Ueber croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut", Monatsschr. f. Ohrenhkde. No. 9, p. 252.
11) „Ueber Croup der Nasenschleimhaut", Münch. Med. Wochenschrift No. 38.
12) „A case of pseudomembranous Rhinitis", Ref. im Int. Centr. f. Lar. 1887/8, p. 344.
13) „Ueber das Vorkommen croupöser Pseudomembranen in Nase und Pharynx", Deutsche Med. Wochenschr. No. 4, 1888, p. 66.
14) „Ueber primäre Rhinitis pseudomembranacea", Arch. f. Kinderhde. 1888, X. Band.
15) „Membranous rhinitis", Ref. Int. Centr. f. Lar. 1889/90, p. 233.
16) Ref. Int. Centr. f. Lar. No. 2, 1890.
17) „Ueber Rhinitis fibrinosa (crouposa)", Verh. d. Congr. f. inn. Med. 1889.
18) „On membranous Rhinitis", Journ. of Lar. No. 3, 1889.
19) „Pseudomembranous Rhinitis", Int. Centr. f. Lar. 1889/90, p. 234.
20) „Rhinitis und Rhino-pharyngitis fibrinosa", Med.-chir. Centr. No. 18, 1890.
21) „A case of membranous Rhinitis", Int. Centr. f. Lar. No. 2, 1891.
22) „A case of croupous Rhinitis", Journ. of. Lar. No. 12, 1891.
23) „Relations de deux cas de rhinite fibrineuse", Int. Centr. f. Lar. No. 4, 1892.
24) „Two cases of membranous Rhinitis", Int. Centr. f. Lar. No. 4, 1892.
25) Int. Centr. f. Lar. No. 2, 1892.
26) Ibidem No. 5, 1891.
27) Ibidem No. 4, 1892.
28) Ibidem No. 4, 1891.
29) Ibidem No. 12, 1891.
30) Ibidem No. 5, 1890.
31) Ibidem No. 2, 1892.
32) Ibidem No. 5, 1890.

Digitized by Google

[33]) Journ. of Laryng. No. 1, 1892.
[34]) Gaz. Lek. No. 27, 1888.
[35]) Int. Centr. f. Lar. No. 4, 1892.
[36]) Przegląd Lekarski No. 31, 1891.
[37]) „Untersuchungen über die chronische Diphtherie der Nase vom bacteriologischen Standpunkte aus.“ Int. Centr. f. Lar. No. 4, 1892.
[38]) „Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa.“ Münchener med. Wochenschr. No. 48 und 49, 1891.
[39]) Internat. Centralbl. f. Lar. No. 2, 1891.
[40]) „Fall von Pharyngitis fibrinosa chron. (mit 2jähr. Dauer)“ Monatsschr. für Ohrenheilk. No. 4, 1891.
[41]) „Zur Kenntniss der Pharyngitis fibrinosa.“ Intern. Centralbl. f. Lar. No. 4, 1892.
[42]) Ibidem.
[43]) „Bacteriologische Untersuchungen bei Croup.“ Ibidem.
[44]) Ibidem No. 2, 1891.
[45]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde, II. Aufl. 1887, pag. 148.
[46]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 1892. Stuttgart.
[47]) Gazeta Lekarska No. 33, 1888.
[48]) „Die Krankheiten des Kehlkopfes.“ III. Aufl., 1890, pag. 116.
[49]) Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. 1887, 2. Lieferung, pag. 79.
[50]) Lehrbuch der pathologischen Anatomie, III. Aufl. 1887, pag. 379.
[51]) Vide Potter's Arbeit: „A second note on croupous rhinitis“. Revue de lar., d'otol. et Rhin. No. 1, 1892.
[52]) Vide Karlinsky's Arbeit: „O obecnym stanie badań nad przyrodą blonicy gardla (dyfteryt).“ Krakau 1892.
[53]) „Intubation des Larynx bei acuten und chron. Stenosen.“ Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 1, 1892.
[54]) „Bacteriologische Untersuchungen über die Aetiologie der menschlichen Diphtherie.“ Intern. Centralbl. f. Lar. 1892, pag. 24.
[55]) „Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Croup und Diphtherie.“ Jena 1891. Ref.: Journ. of Lar. No. 6, 1892.
[56]) „Zur Aetiologie des primären Larynxcroup.“ Deutsche med. Wochenschrift No. 24, 1892.

II. Referate.

a) Otologische:

Beiträge zur Heilung der metastatischen Pyaemie bei Mittelohr-Erkrankungen. Von O. Hecke. (Archiv f. Ohrenhlkde. XXXIII, X.)

Verf. berichtet über 2 Fälle; in ersterem kam es nach eitriger Mittelohrentzündung unter Schüttelfrösten und hohem Fieber zu linksseitiger Pleuritis, eitriger Entzündung des linken Sternoclaviculargelenkes, dann zu denselben Affectionen an der rechten Seite; trotzdem erfolgte Heilung. Im zweiten Falle trat nach einer stürmischen acuten Mittelohrentzündung trotz frühzeitiger Trepanation des Warzenfortsatzes unter Frostanfällen eitrige Entzündung des gleichseitigen rechten Ellbogengelenkes auf; nach Eröffnung desselben erfolgte ebenfalls Heilung.

Gomperz.

Digitized by Google

Mittheilungen über den Gebrauch des Vaselins bei der Behandlung gewisser Mittelohraffectionen. (Note sur l'emploi de la Vaseline dans le traitement de certaines affections de l'oreille moyenne.) Von C. Delstanche (Brüssel). (Extrait du Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, 1892.)

Bereits im Jahre 1884 machte D. auf dem Baseler otologischen Congresse anlässlich eines grösseren Vortrages über die Behandlung der Sclerose des Mittelohres Mittheilungen bezüglich günstiger Erfolge von Vaselin-Einspritzungen per tubam. Seitdem hat derselbe die Vorzüge dieses Verfahrens mehr und mehr würdigen gelernt und steht nicht an, dasselbe der allgemeineren Anwendung zu empfehlen. Mehr noch als zur Mobilisirung sclerosirter Parthieen scheint der Autor bei acuten Mittelohraffectionen mit und ohne Trommelfellperforation von den Injectionen Gebrauch zu machen, sei es nun von dem flüssigen Vaselin (Paraffinum liq.) allein oder mit Jodoformzusatz. In Fällen, wo die Paracentese ausgeführt werden musste, wurde noch nachträglich die Einspritzung gemacht, oft aber auch konnte durch dieselbe die Paracentese umgangen werden. Auffallend war die absolute Reactionslosigkeit, indem nicht allein keine Hörverschlechterung oder Schmerz auftrat, im Gegentheil die bestehende Schmerzhaftigkeit sofort zu schwinden und die Hörschärfe in auffälliger Weise zu steigen pflegte. D. glaubt, wohl nicht mit Unrecht, den guten Erfolg darauf zurückführen zu dürfen, dass das Vaselin in Folge seiner öligen Beschaffenheit die Exsudate, welche bekanntlich meist mit ausserordentlicher Zähigkeit an den Wänden des Mittelohres zu haften pflegen, mobiler macht und so ihre Entleerung in's Antrum oder durch die Tuba nach dem Rachen hin wesentlich erleichtert. — Die Application geschieht durch eine in den eingeführten Catheter passende, mit etwa 4 Grmm. Vaselin gefüllte Spritze.

Durch Mittheilung einer grösseren Reihe von Beobachtungen wird Indication und Wirkung der Einspritzungen näher illustrirt. Keller.

Die Radicaloperation des Cholesteatoms mittels Anlegung breiter permanenter Oeffnungen gleichzeitig gegen den Gehörgang und gegen die retroauriculare Region. Von Prof. Siebenmann (Basel). (Berl. klin. Wochenschr. 1893, No. 1.)

Von der Anschauung ausgehend, dass die so oft gefahrbringenden Recidive von Ohrentzündungen bei Cholesteatombildung im Antrum nicht so sehr auf den Druck der cholest. Massen, als vielmehr auf den nachtheiligen Einfluss zurückzuführen seien, welchen Flüssigkeitsansammlungen in der Cholesteatomhöhle auf die Epidermisauskleidung der letzteren ausübe (sei es nun, dass es sich um Secrete von benachbarten Schleimhäuten handelt oder um vom äusseren Gehörgange her vorgedrungene Flüssigkeit), sieht S. die Hauptbedingung für eine dauernde Heilung in einer durch beständige Luftventilation bedingten Trockenhaltung der breit eröffneten Knochenhöhle. Zu diesem Zwecke erstrebt er permanentes Offenbleiben des Operationscanals nicht nur nach dem Gehörgange hin, sondern auch in dem retroauricularen Theile. In einer Reihe von Fällen hat er dieses Ziel erreicht durch eine Modification des Stacke'schen Operationsverfahrens, welche zum Theil schon von Kretschmann geübt und empfohlen worden ist. Nach Ausführung der Knochenresection wird

Digitized by Google

zunächst durch Annähen des an der Concha vertical getrennten Stackeschen Lappens an den unteren Wundwinkel und durch Umsäumen der Schnittfläche der Ohrmuschel im Bereiche des Meatuseinganges der untere hintere sowie der vordere Umfang des Operationscanals mit gesunder Cutis völlig bedeckt und somit einer späteren Schrumpfung vorgebeugt. Da, wo die retroauriculare Oeffnung des Knochencanals weit angelegt werden konnte, wird die obere Partie der Knochenmulde durch einen aus der hinteren Ohrgegend lospräparirten und mit seiner Spitze nach dem Wundcanal verschobenen Hautlappen bedeckt. Schliesslich wird nach 2—3 Wochen an denjenigen Stellen der Knochenhöhle, wo eine Epidermisirung noch nicht eingetreten ist, eine Transplantation Thierschscher Hautstückchen vorgenommen. Ausser dem permanenten Offenbleiben der Knochenhöhle erzielte S. bei seiner Methode auch eine weit kürzere Heilungsdauer. Bezüglich der Details ist der Aufsatz selbst nachzulesen. Keller.

Die Bedeutung der Incisurae Santorini als Schutzvorrichtungen. Von Stabsarzt Dr. Ostmann. (Archiv f. Ohrenhlkde., Bd. XXXIII, XIII.)

O. weist auf eine bisher nicht betonte Bedeutung der Incisurae S. hin, welche darin besteht, die Gefahr des Brechens des Gehörgangknorpels bei in der Richtung der Längsaxe des Gehörganges einwirkenden Gewalten herabzusetzen; die Spalten wirken ähnlich, wie Charniere, welche an den Knickungsstellen des Gehörgangknorpels eingeschaltet sind. Gomperz.

Weitere Mittheilungen über die Hammer-Amboss-Extraction, mit besonderer Rücksicht auf die Diagnose der Ambosscaries. Von O. Grunert. (Arch. f. Ohrenhlkde., Bd. XXXIII, XVI.)

Ludewig hat in seiner Arbeit: „Ueber Ambosscaries und Ambossextraction" und in einer Fortsetzung dieser Arbeit eine Statistik von 75 Hammer-Amboss-Extractionen aus der Zeit vom 1. März 1889 bis 5. September 1890 geboten, welche G. bis zum Ende des Jahres 1891 ergänzte.

Da G. die Frage beantworten will, ob die Hammer-Amboss-Extraction allein für die Ausheilung gewisser Eiterungen ausreichend sei, scheidet er von den 75 Fällen 19 aus, wo auch die Aufmeisselung des Antrum erfolgte und 3, wo die Ambossextraction misslang.

Nach Ausscheidung der uncontrolirbaren Fälle bleiben für die Gesammtstatistik 43 Fälle, die Grunert $1^1/_4 - 1^3/_4$ Jahre nach Ludewig untersuchen konnte und von welchen sich 24 geheilt = $55^1/_2$ pCt., 19 ungeheilt = $44^1/_2$ pCt. zeigten.

Grunert fügt dieser Statistik 28 Fälle von typischen Hammer-Amboss-Excisionen hinzu: die Otorrhoe datirt in diesen Fällen weitaus am häufigsten in das Kindesalter zurück. 12mal (43 pCt.) wurde sie auf acute Infectionskrankheiten zurückgeführt, 16mal blieb die Ursache unbekannt (57 pCt.). G. erzielte in 13 Fällen = 46 pCt. Heilung; 13 weitere Fälle = 46 pCt. blieben ungeheilt; 2 sind noch in Behandlung. Zieht man aus diesen und Ludewig's Zahlen das arithmetische Mittel, so bleiben 51 pCt. Heilungen und 46 pCt. Nichtheilungen.

Digitized by Google

Auffallende Hörverschlechterungen wurden nicht beobachtet, in einem Falle, wo der Stapes mit entfernt worden war, besserte sich die Hörweite für Flüstersprache von 1/3 auf 1 Mtr.; in einem Falle kam es zu einer Besserung von 1/2 auf 3 Mtr.

Was die pathologisch-anatomischen Befunde anbelangt, so konnte G. folgendes constatiren:

1) In den 28 Fällen G.'s zeigte sich der Hammer 13mal, der Amboss nur 3mal gesund. Beide Knöchelchen waren gesund 2mal und beide cariös 14mal.

2) In allen Fällen isolirter Ambosscaries zeigte sich das Hammer-Ambossgelenk intact, es scheint also dasselbe nicht primär von der Caries befallen zu werden.

3) Eine Prädilectionsstelle der Caries der Gehörknöchelchen scheint der lange Ambossschenkel zu sein, der unter den 28 Fällen nur 6mal gesund war.

4) Die vollständige Aufzehrung des cariösen Amboss durch Granulationen scheint viel leichter zu Stande zu kommen, als die des cariösen Hammers. (Bekannt.)

In 33 Fällen, wo gleichzeitig mit der Trepanation obige Operation ausgeführt wurde, fand G. im Grossen und Ganzen dieselben Verhältnisse: Die Häufigkeit der Ambosscaries überhaupt, das Ueberwiegen der isolirten Caries am Ambosse über eine isolirte Hammercaries, die Intactheit des Hammer-Ambossgelenkes, das häufige Fehlen des Ambosses in toto und die Prädisposition des langen Ambossschenkels für cariöse Erkrankungen.

Im Hinblick auf das Dunkel, welches noch die Ausgangspunkte der zur Perforation der Membr. Shrapnelli führenden Eiterungen umhüllt, legte sich G. die Frage vor, an welchen Theilen der Gehörknöchelchen die Caries gewöhnlich beginnt. Er untersuchte daher eine Reihe von Gehörknöchelchen der Hallenser Sammlung, bei denen die Caries erst an einer einzigen circumscripten Stelle begonnen hatte und fand an 41 Hämmern 16mal die Stelle direct über der Crista des Hammerhalses, 8mal das Ende des Manubriums, 6mal die Stelle hinten oben am Kopf (ausserhalb des Hammer-Amboss-Schuppenraumes), 4mal die Stelle im Hammerkopf-Griffwinkel, 2mal die Stelle direct unter der Crista des Hammerhalses, 2mal zwischen Crista und Ansatz der Tensorsehne, 2mal direct über dem Tensor-Ansatz, 1mal an der Crista selbst erkrankt.

Unter 27 cariösen Ambossen vertheilte sich die beginnende Caries 14mal auf das Ende des langen Ambossfortsatzes, 4mal auf das Ende des kurzen Ambossfortsatzes, 4mal auf die mediale Ambossfläche, 3mal auf die laterale Ambossfläche, 1mal auf die Basis des langen Fortsatzes an der medialen Seite, 1mal auf die Stelle zwischen langem und kurzen Fortsatz.

Ueber die Genese der Fisteln am oberen Trommelfellpole kann G. auf Grund dieser Befunde keine Anschauung zu Tage fördern, die von den bisher üblichen abweichen würde.

Sehr dankenswerth ist die Schilderung von Trommelfellbefunden bei Ambosscaries, auf welche Grnnert seit 2 Jahren seine Aufmerksamkeit gelenkt hat. Er macht insbesondere auf 3 typische otoscopische Bilder aufmerksam:

Digitized by Google

1) grosser Trommelfelldefect, oder nierenförmige Perforation; über dem Proc. brevis keine Fistel oder Granulation; hinten oben lugt unter dem Trommelfellrest oder dem Perforationsrande eine Granulation oder Eiter hervor.

2) Perforation hinter dem Hammer, deren unterer Rand meist mit der Paukenwand verwachsen ist, so dass der Eiter in den Gehörgang abfliesst und Perforations- oder Rasselgeräusche nicht selten fehlen.

Bei diesen 2 Gruppen fand G. gewöhnlich Caries am langen Ambossschenkel.

3) Fisteln in der Membrana Shrapnelli, welche hinter dem Processus brevis des Hammers gelegen waren.

Neben der sicheren, aus dem Vorhandensein von Fisteln über dem Processus brevis diagnosticirbaren Hammercaries wird die gleichzeitige Ambosscaries wahrscheinlich, wenn die Perforation der Membrana Shrapnelli sich nach hinten zu ausdehnt oder wenn sich die Basis der die M. Shrapnelli durchwachsenden Granulationen nach rückwärts erstreckt.

Zur Entfernung des Ambosses benutzt G. an der Schwartze'schen Klinik ausschliesslich den Ludewig'schen Haken; da unter 71 Fällen kein Exitus letalis direct oder indirect bedingt wurde und die 2 Facialislähmungen, die nach diesen 71 Operationen beobachtet wurden, heilten, hält G. die Operation für ungefährlich; allerdings missglückte die Entfernung des Ambosses in 50 pCt. der an Schwartze's Klinik operirten Fälle. Aber auch die Stacke'sche Methode*) gewährt nach Grunert keine grössere Garantie für die sichere Entfernung des Ambosses; hier misslang dieselbe sogar in 55 pCt. der nach Stacke operirten 33 Fälle. Bei isolirter Gehörknöchelchen-Caries giebt daher Grunert der alten Operationsmethode vom Gehörgange aus den Vorzug vor der schwereren von Stacke empfohlenen. Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Die Verdickungen des vorderen, unteren Theiles der Nasenscheidewand. Bedeutung der „os sous-vomériens" und der Jacobsonschen Knorpel. (Des épaississements de la portion antero-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson.) Von Dr. Potiquet. (Arch. internat. de laryngologie etc. Bd. V, No. 6, Novbr./Decbr. 1892 und Bd. VI, No. 1. Januar/Febr. 1893.)

Durch sorgfältiges Eingehen auf die Entwickelungsgeschichte des Menschen begründete anatomisch-physiologische Studie über die Antheilnahme des zuerst von Himly, später von Leuckart beobachteten, von Rambaud und Renaut zuerst beschriebenen, von ihnen os „sous-vomériens" genannten Gebildes, das im ersten Lebensjahre noch nicht mit dem Oberkiefer verwachsen, zuweilen bis in's Mannesalter als selbstständiges Knöchelchen persistirt und sich zu dieser Zeit in seiner Form ganz wesentlich verändert, sowie der von Koelliker, Schwalbe, Zuckerkandl, Merkel u. A. beschriebenen Jacobson'schen Knorpel,

*) Siehe das Referat in dieser Zeitschrift, Februar 1892, pag. 113.

Digitized by Google

an der Bildung genannter Verdickungen. — Einzelheiten müssen im Originale, welches durch instructive Zeichnungen das Verständniss der complicirten Verhältnisse erleichtert, nachgelesen werden.

Beschorner.

Empyem der Stirnhöhlen, Trepanation, Heilung per primam intentionem. (Empyème des sinus frontaux, trépanation, guérison par première intention.) Von Dr. Valude. (Arch. internat. de laryngologie etc. Bd. VI. No. 1. Januar/Febr. 1893.)

Empyem des Sin. frontal. mit subcutaner Abscessbildung am oberen Theile des inneren Orbitalwinkels. **V**-förmige Incision und Loslösung eines Hautlappens, Trepanation mittelst Trepankrone (1½ Ctm. Durchmesser), Entleerung von Eiter, Auskratzen des sehr ausgedehnten Sinus mit scharfem Löffel, Ausspülen der Höhle mit Sublimatlösung. Drainage. Verschluss der dreieckigen Hautwunde durch Suturen. Jodoformverband. 5 Tage darauf erstmalige Abnahme desselben, wobei sich die Drainfäden ohne Spuren von Eiterung zeigten; auch floss kein Tropfen Secret aus der Wunde, darum: Weglassung fernerer Drainage. Einblasung von Jodoform. Nach 9 Tagen (14 Tage nach der Operation) Entlassung des vollständig Geheilten aus dem Hospital. — Dementsprechend glaubt V., dass man in allen Fällen, wo das Empyem der Stirnhöhle von keiner Läsion der Nachbarschaft, insbesondere der Knochen und Knochenhöhlen begleitet ist, die Langwierigkeit der Drainage vermeiden und versuchen kann, die Desinfection sowohl wie auch die Schliessung der Wunde in einer Sitzung zu bewirken. Es scheine ihm, als ob man durch dauernde Drainage die Wunde viel mehr der Infectionsgefahr aussetze als davor schütze.

Beschorner.

Ueber ein Zeichen der Eiterung der vorderen Siebbeinzellen. (Note sur un signe de la suppuration des cellules ethmoidales antérieures.) Von Dr. A. Ruault. (Arch. internat. de laryngologie etc. Bd. VI. No. 1, Januar/Febr. 1893.)

Verfahren, um bei der Durchleuchtungs-Methode zu erkennen, ob der Ursprung der Eiterung im Niveau der vorderen Siebbeinzellen zu suchen ist, seien diese primär von derselben befallen oder secundär in Folge einer Entzündung des Sinus frontalis.

Beschorner.

Ueber Ozaena. (De l'Ozène.) Von Dr. W. Nicitine. (Arch. internat. de laryngologie etc. Bd. VI. No. 1. Januar/Febr. 1893)

N. versteht unter Ozaena einen chronischen Katarrh der Nasenhöhle, welcher durch Atrophie der Schleimhaut, durch Erweiterung der Nasenhöhle und durch Anhäufung eines überaus durchdringend und ekelerregend riechenden Secretes characterisirt ist. Die Krankheit entwickelt sich am häufigsten auf Grundlage der Scrophulose und congenitalen Syphilis, kann aber auch an sich erblich sein und vermag sich auch bei übrigens gesunden Individuen selbstständig zu entwickeln. Sie ist nicht häufig. Im Hôpit. St. Georges z. B. litten an Ozaena

Digitized by Google

1—2 von 100 Nasenkranken. Frauen werden weit öfter als Männer befallen; zwischen dem 7. und 20. Lebensjahre tritt die Affection am häufigsten auf. Bei Greisen beobachtet man sie fast niemals. Es findet mit zunehmendem Alter eine Art Selbstheilung statt. N. geht näher auf die Arbeiten von Schuchard, Gottstein, Potiquet, Zaufal, Martin, Michel, Voltolini, Ziem, Bresgen, Krause, Fraenkel u. A. ein, deren Meinungen im Allgemeinen darin übereinstimmen, dass man eine hypertrophische und eine atrophische Periode zu unterscheiden hat, welch' letztere sich sehr langsam und fast uncontrolirbar entwickelt, ja, nach Fraenkel oft gleichzeitig mit der Ersteren zur Erscheinung kommt. Die Prognose ist quoad restitutionem completam sehr ungünstig; mit zunehmendem Alter indessen heilt die Krankheit, wie oben erwähnt, von selbst. Als Complicationen nennt Autor: Kopfschmerzen und einfachen wie eiterigen Mittelohrcatarrh. Die Therapie hat sich darauf zu beschränken, Erleichterung zu schaffen, Radicalmittel kennen wir nicht. Vor Allem muss grosser Werth auf die Allgemeinbehandlung der Kranken gelegt werden, da diese zumeist von wenig robuster, widerstandsfähiger Natur sind; dann aber sind fleissige Ausspülungen der Nase mit Sublimatlösung (1 : 20000) vorzunehmen, darnach Einblasungen von Borsäure oder Jodol; bei grosser Reizbarkeit der Schleimhaut können Wattetampons mit Glycerin und Morphium, oder Cocain oder Bromkali gute Dienste leisten; auch die Massage der Nasenschleimhaut nach M. Schmidt kann in sehr heftigen Fällen gute Dienste leisten. — Der Betheiligung der Nebenhöhlen widmet N. zum Schlusse besondere Aufmerksamkeit.

Beschorner.

Osteom der Nasenhöhlen. (Ostéome des fosses nasales.) Von Dr. Le Bec. (Arch. internat. de laryngologie etc. Bd. VI, No. 1, Januar/Febr. 1893.)

Ein grosses, elfenbeinhartes Osteom der Nasenhöhle bei einer 23jährigen Nätherin, welches das Auge nach aussen drängte und die ganze linke Gesichtshälfte stark deformirte. Spaltung der Nase in der Mittellinie und Entfernung der Geschwulst mittelst Hohlmeissels und Hammers. Heilung nach 10 Tagen. Rücktritt des Exophthalmus, Sehvermögen gebessert, Respiration wiederhergestellt, Kopfschmerz verschwunden. Dauer der Wiederherstellung wahrscheinlich beeinträchtigt durch ein sich entwickelndes Epitheliom des Collum uteri. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Störungen im Respirations-Apparate als Vorläufer des Typhus. Typische Pharynx-Geschwüre. (Affections de l'appareil respiratoire. Prodromes de la fièvre typhoide. Ulcérations typiques pharyngées.) Von Dr. Bayer. (Revue de laryngologie etc. 1892, 14.)

Fall von acuter Pharyngo-Laryngitis mit typischen, d. h. durch Typhus-Bacillen characterisirten Ulcerationen des Isthmus pharyngis, welche einen Typhus mit tödtlichem Ausgange einleiteten, wodurch B. die Beobachtung von von Willer bestätigt fand, dass die Ulcerationen des Pharynx zu Beginn des Typhus einen schweren Verlauf desselben anzeigen. Beschorner.

Digitized by Google

Nutzen der Einspritzungen der van Swieten'schen Flüssigkeit in das Gewebe bei scheinbarem Krebs. (Utilité des injections de liqueur de van Swieten dans le tissu des tumeurs d'aspect cancéreux.) Von Dr. Marage. (Bulletin et mémoires de la société de laryngologie de Paris, Janvier 1892.)

Ein Mann zeigte eine hühnereigrosse Geschwulst unter der Zunge in der Gegend der Glandula submaxillaris dextra. Antisyphilitische Behandlung half nicht. Einspritzung der van Swieten'schen Lösung. Schmerz; Einschneiden des Tumors, wobei sich viel Eiter entleerte. Heilung. Verf. glaubt es mit einem Syphilom zu thun gehabt zu haben.

Dr. P. K.

Beziehungen zwischen dem Nervus phrenicus und dem Laryngeus inferior. (The relationship between the phrenic and inferior laryngeal nerve.) Von Herbert Davies, London. (Lancet 1893. 21. Januar.)

Ein Zusammenwirken der beiden Factoren der Athmung, des Herabsteigens des Zwerchfells und der Erweiterung der Glottis ist unbedingt nöthig. Das Vaguscentrum ist der Regulator der Athmung. Der Phrenicus entspringt aus dem dritten bis fünften Cervicalnerv, diese vereinigen sich erst in der Thoraxapertur zu dem einen Nerven. Oben ist also die wichtige Function auf drei Nerven, die getrennt verlaufen, vertheilt, im Thorax, wo Schädigungen nicht mehr zu erwarten sind, verläuft die Bahn in einem Nerven. Den Verlauf des Laryngeus inferior sucht D. dadurch zu erklären, dass er eine grössere Länge nothwendig haben musste, weil sonst bei gleichzeitig aus dem Centrum ausgesendetem Befehl dieser die Glottis früher erreichen würde als das Zwerchfell, was besonders auch bei Thieren mit langem Hals; wie die Giraffen, einleuchte. Durch den eigenthümlichen Verlauf des Laryngeus inferior würde dieser mit dem Phrenicus auf nahezu gleiche Länge gebracht. Der den Spanner der Stimmbänder innervirende Nerv, der Laryngeus superior ist deswegen kürzer, weil die Spannung der Stimmbänder schon eingetreten sein muss, ehe die Expiration beginnt. Er bespricht noch den Einwand, den man machen könnte, dass bei der Raschheit der Electricität der Längenunterschied der Nerven practisch unwichtig sei. Er widerlegt dies dadurch, dass der Nervenimpuls doch sehr viel langsamer sei, als die Electricität. (Ref. möchte den Einwand machen, dass doch auch der Inferior bei der Stimmbildung betheiligt ist, und dass bei Giraffen der Recurrens jedenfalls zu lang wird, denn der aufsteigende Theil ist doch viel länger, als der Phrenicus von Aorta zum Zwerchfell.) M. S.

Luftröhrenschnitt bei einem 3 Tage alten Kinde. (A case of tracheotomy in an infant three days old.) Von Dr. Cullingworth. (Lancet 1893. 28. Januar.)

Das mit gespaltenem Gaumen geborene Kind hatte eine sehr kurze Zunge, welche durch Rückwärtsfallen auf den Kehldeckel die Einathmung verhinderte. Es überlebte die Operation 23 Tage und starb an einer eitrigen Pleuritis. Die Athmung war nach der Operation sofort frei. Die

genauere Diagnose der Ursache der Athemstörung konnte aber erst bei der Section gemacht werden. (Wohl das jüngste tracheotomirte Kind. Ref.) M. S.

Eine klinische Vorlesung über den Werth von Nähten in der Behandlung von Selbstmord- und chirurgischen Wunden der Luftwege. (A clinical lecture on the value of sutures in the treatment of cut throat and surgical wounds of the air passages) Von Henry Morris, M. A. (London). (Lancet 1892. 24. December.)

Verf. kommt an der Hand von 4 Fällen zu dem Ergebniss, dass er die Anlegung von primären Suturen sehr empfiehlt, weil erstens das genaue Aneinanderlegen der einzelnen Gewebe die primäre Heilung sichere und zweitens bei der Raschheit der Heilung der Kranke so lange, bis das Schlucken wieder möglich ist, per rectum ernährt werden kann, drittens die Einführung von Tuben in die Speiseröhre behufs Ernährung vermieden werde, man viertens das schmerzhafte Schlucken und Verschlucken verhindere, fünftens Narbenzusammenziehungen vermeide, sechstens eine Fistel verhüte und endlich die angebliche Gefahr, dass das abgeschnittene Stück des Kehldeckels in den Kehlkopf fallen und dadurch Erstickung entstehen könne, vermieden würde. M. S.

Myxödem mit Thyreoideal-Extract behandelt. (Myxoedema treated by Thyreoid-Extract.) Von Calvert. (Lancet 1893. 4. Febr.)

Verf. berichtet in der Clinical society of London, dass er eine seit 12 Jahren an der Krankheit leidende Frau mit der dreimal wöchentlichen Darreichung einer halben Schafschilddrüse, leicht geröstet, so dass sie gerade schmackhaft war, rasch und wesentlich gebessert habe. — In der Discussion erwähnt Dr. Murray (Newcastle), dass er zwei Präparationen anwende: subcutan Thyreoidealsaft, Glycerin und eine 5procentige Lösung von Carbol in Wasser āā. Davon habe er 15 Gran eingespritzt. Durch den Mund gegeben, muss die Dosis viermal so stark sein. Er mischt dazu gleiche Theile von Saft, Glycerin und Wasser. Stärkere Dosen giebt C., bis die Symptome geschwunden, dann vermindert er sie, um den Kranken bei Gesundheit zu erhalten. Dr. Ord theilt mit, dass die Implantationen von Schilddrüse ihm nur zeitweiligen Erfolg gegeben hätten. Auch er hat von der Darreichung per os Gutes gesehen.
M. S.

Klinische Vorlesung über Myxödem und die neueren Fortschritte in seiner Behandlung. (Clinical lecture on myxoedema and the recent advances in its treatment.) Von Hector Mackenzie. M. D. London. (Lancet 1893, 21. Jan.)

Die Krankheit tritt gewöhnlich zwischen dem 30. und 65. Jahre auf und ist bei Männern seltener. Sie ist immer verbunden mit Atrophie der Schilddrüse, deren Ursachen aber unbekannt sind. Es folgt eine Aufzählung der Veränderungen, welche sie im Körper hervorruft. Es

Digitized by Google

sind zwei Fälle von Heilungen durch wiederholte Schwangerschaften bekannt. Der eine ist seit 2½ Jahren geheilt. Den subcutanen Injectionen von Thyreoidealsaft hat M. die Einverleibung durch den Mund substituirt und wie er an einer vorgestellten Kranken zeigte, mit ausserordentlich gutem Erfolge, der in der Zeit von 6 Monaten erreicht wurde. Unabhängig von Verf. ist Dr. Fox in Plymouth auf dieselbe Idee gekommen.

Die Drüse wird verkleinert, kurze Zeit mit etwas Wasser angesetzt, dann durch ein Tuch gepresst und der Saft einer Tasse Fleischbrühe zugesetzt. Anfangs alle 2 Tage, jetzt nimmt sie dies alle Woche einmal. Mann kann die Drüse auch schwach geröstet geben, kochen darf man sie nicht. Er hat gefunden, dass eine halbe Drüse oder deren Extract zweimal die Woche genügt. Er hat auch ein pulverförmiges Extract davon darstellen lassen, das seinem Zwecke zu entsprechen scheint.

M. S.

Laryngoscopische Befunde bei traumatischer Neurose. Von Dr. H. Burger. Amsterdam. (Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 47.)

Polemik gegen den Aufsatz von B. Holz: „Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose“ (Ref. in No. 11 des vorigen Jahrg. dieser Monatsschr.), welche in folgenden Sätzen gipfelt:

1) Bei der traumatischen Neurose sind functionelle Lähmungen der Stimmbandadductoren a priori nicht als unwahrscheinliche Vorkommnisse zu betrachten, obgleich sie, wie aus der Casuistik erhellt, jedenfalls nicht zu den häufigen Symptomen gehören.

2) Für die Entscheidung traumatische Neurosen oder Simulation sind dieselben nicht zu verwerthen.

3) Die Lähmungen des Glottiserweiterers (M. crico-arytaenoideus posticus) und des ganzen N. recurrens in Folge von traumatischer Neurose sind bis jetzt nicht beschrieben worden und es ist wohl kaum zu erwarten, dass sie je als Symptom dieser Krankheit auftreten werden.

Beschorner.

Ueber Intubation des Kehlkopfes. (De l'intubation du larynx.) Von Dr. Max Scheier in Berlin. (Arch. internat. de laryngologie etc. Bd. V, No. 6. Novbr./Decbr. 1892.)

Es wurde im städt. Urban-Krankenhause wegen acuter Larynx-Stenose in Folge von Diphtherie die Intubation nach O'Dwyer überhaupt in 20 Fällen vorgenommen, von denen jedoch nur 16 über den Werth der Methode bei acuter diphtherischer Larynx-Stenose Aufschluss geben können, da in den übrigen die Tracheotomie vorausging. Nur in einem Falle war die Intubation erfolglos und musste sofort durch die Tracheotomie ersetzt werden. Von den 16 intubirten Kranken sind nur 3, und zwar im Alter von 4, 1 und 6 Jahren geheilt, wobei jedoch bemerkt werden muss, dass die November-December-Epidemie des Jahres 1891 in Berlin eine so intensive wie fast nie zuvor war und die Kinder sehr vielfach schon mit äusserst drohenden Symptomen zur Aufnahme gelangten. In den anderen Fällen starben die Patienten und zwar vor-

Digitized by Google

nehmlich an fibrinöser Bronchitis und Pneumonie, auch genügte die Intubation auf die Dauer nur in wenig Fällen und musste nachträglich doch durch die Tracheotomie ersetzt werden.

Das Alter der Kinder betrug: 2 Jahre bei 4; 4 bei 3; 6 bei 3; 7 bei 1; 18 bei 1; 8 bei 2.

Die Intubation selbst geschah genau nach O'Dwyer'scher Vorschrift. Als höchst unangenehmes Ereigniss musste das vielfach (bis zu 4 und mehr Mal täglich) vorkommende Auswerfen der Canüle durch Hustenstösse bezeichnet werden, was eine fast unausgesetzte Anwesenheit des Arztes erheischte. Ueber Schwierigkeiten in der Ernährung konnte im Allgemeinen nicht geklagt werden; in einem Falle nur, wo die Schluckbewegungen stets ein Herauswerfen der Canüle zur Folge hatten, musste zur Ernährung mittels Schlundrohres gegriffen werden. — Geschwüre des Larynx, verursacht durch Druck des unteren Tuben-Endes, wurden nur, und zwar in geringer Ausdehnung, bei 2 Kindern notirt.

Sehr gute Resultate ergab das Intubations-Verfahren in den Fällen, in welchen nach der Tracheotomie aus den verschiedensten Gründen, namentlich wegen Granulom-Bildung etc, die Trachealcanüle nicht entfernt werden konnte, ohne von erneuten Suffocationszufällen gefolgt zu sein, ferner bei Diphtherie der Trachealwunde, wo durch Wegfall des Reizes und durch Möglichkeit antiseptischer Behandlung nach Weglassung der Canüle raschere Heilung erzielt wurde.

Im Ganzen kommt Sch. zu der, wohl jetzt fast allgemein herrschenden Ansicht, dass die Intubation bei diphtherischer Larynx-Stenose niemals die Tracheotomie vollständig verdrängen, dass vielmehr eine die andere Operation geeigneten Falles ersetzen bezw. vervollständigen und ergänzen werde.

Anders bei gewissen Formen chronischer Larynx-Stenosen, wo die Intubation allen anderen Behandlungsmethoden weit vorzuziehen ist, z. B. bei Stenosen in Folge von Larynxfractur, von Syphilis und respiratorischer Stimmbandlähmung, wobei zu beobachten ist, dass die Kranken ohne mindeste Beschwerde die Tube während Tagen, Wochen und Monaten zu tragen im Stande sind. Kein anderes Verfahren, meint Sch., könne sich bei dieser Kategorie von Fällen an Erfolg mit der Dilatation durch O'Dwyer'sche Canülen messen. Er belegt diese Behauptung durch Mittheilung einer Anzahl interessanter Krankengeschichten.

Beschorner.

Modification des Langenbeck'schen Tenaculums zur schnellen Ausführung der Tracheotomie. (Modification au tenaculum de Langenbeck pour l'exécution rapide de la trachéotomie.) Von Martone. (Bolletino de la R. An. med. de Naples 1891 und Revue de laryngologie 1892, No. 16.)

Die Krümmung ist von 5 Centimeter, um das Einführen der Spitze zu erleichtern. Die Schraube ist durch eine Kammfeder zur Erweiterung der Zange ersetzt.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Primäres Larynxepithélioma, Intubation, Tracheotomie, Laryngotomie, Laryngectomie, künstlicher Kehlkopf. (Epithélioma primitif du larynx, intubation, trachéotomie, laryngotomie, laryngectomie, larynx artificiel.) Von Dr. Bayer. Société belge de laryngologie et d'otologie, Liége 1892 und Revue de laryngologie 1892, No. 14.)

Der Titel sagt den ganzen Verlauf. Bemerkenswerth ist dabei, dass man, bis alles zur Tracheotomie geordnet ist, bei Lebensgefahr die Intubation mit der Schrötter'schen Sonde mit Erfolg sich bedienen kann. Es trat Recidive ein und der Kranke erlag plötzlich. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx festsitzend. (Corps étranger enclavé dans le larynx.) Von Dr. Paul Koch. (Congrès annuel des laryngologistes et otologistes belges, Liége 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1892.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Tracheotomie machen und das Kind ausruhen lassen; 2) die Extraction auf natürlichem Wege versuchen; 3) gelingt letzteres nicht, so soll man chloroformiren, den Mundsperrer einlegen, zwei Finger über die Glottis in den Mund legen, den Fremdkörper von unten nach oben mittelst eines geeigneten Instrumentes stossen; 4) die Prima intentio durch Wegnahme der Canüle versuchen; 5) absolute Ruhe anordnen. Dr. P. K.

Entfernen eines während 21 Monaten im Larynx sich befindenden Glasstückes. (Ablation d'un morceau de verre resté 21 mois dans le larynx.) Von Dr. C. Ransom. (N.-Y. Med. Record 1891, Avril und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 7.)

Eine erste Untersuchung blieb resultatlos. Als nach 21 Monaten die Stimmstörung, das beschwerte Athmen und selbst das gestörte Allgemeinbefinden sich nicht gebessert hatten, wurde nach abermaliger Untersuchung ein Fremdkörper im Larynx entdeckt. Nach Cocainisirung wurde mittelst einer Zange ein in den zwei Richtungen 1 Zoll messendes Stück Glas entfernt, welches keine tieferen Läsionen im Larynx gelassen hatte. Dr. P. K.

Trachealpolyp nach wegen Croup ausgeführter Tracheotomie. Zweite Tracheotomie. Heilung. (Polype de la trachée après trachéotomie pour le croup; deuxième trachéotomie; guérison.) Von Dr. Révilliod. (Revue médicale de la suisse romande, Mars 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 8.)

Im Verlaufe seiner Abhandlung stellt Verf. sich als Gegner des Chloroforms bei Tracheotomie dar. Verf. scheint in seiner Bibliographie die 1879 von Petel von Rouen geschriebene Dissertation, welche noch andere ähnliche Fälle enthält, vergessen zu haben. Dr. P. K.

Digitized by Google

Spontane Heilung eines Larynxpapilloms nach Tracheotomie. (Disparition spontanée d'un papillome du larynx après trachéotomie.) Von Dr. Elias Berg. (Journal of laryngologie 1891, No. 6 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 8.)

Zwei Mal ausgeführte Laryngotomie wegen Recidive. Einfache Tracheotomie wegen abermals eintretender Erstickungserscheinungen; der ganze Kehlkopf war vom Neoplasma eingenommen; nach 2 Monaten verschwanden die Geschwülste allmählig, der Kranke warf von Zeit zu Zeit Stücke aus. Seit 2 Jahren vollständige Heilung. Verf. behauptet, es sei das der vierte in der Literatur bekannte Fall, welcher sich an die von Hopmann, Hunter Makenzie und Oertel anschliesse.

Dr. P. K.

Notiz.

Herr Dr. B. Gomperz, em. Assistent der Wiener Ohrenklinik, hat sich als Docent der Ohrenheilkunde an der Wiener medicin. Facultät habilitirt.

INHALT.

I. Originalien: Ostmann: Ueber das Abhängigkeitsverhältniss der Form des äusseren Gehörgangs von der Schädelform. — Sendziak: Croup oder Diphtheritis der Nase? (Schluss.) — II. Referate: a) Otologische: Hecke: Beiträge zur Heilung der metastatischen Pyaemie bei Mittelohr-Erkrankungen. — Delstanche: Mittheilungen über den Gebrauch des Vaselins bei der Behandlung gewisser Mittelohraffectionen. — Siebenmann: Die Radicaloperation des Cholesteatoms mittelst Anlegung breiter permanenter Oeffnungen gleichzeitig gegen den Gehörgang und gegen die retroauriculare Region. — Ostmann: Die Bedeutung der Incisurae Santorini als Schutzvorrichtungen. — Grunert: Weitere Mittheilungen über die Hammer-Amboss-Extraction, mit besonderer Rücksicht auf die Diagnose der Ambosscaries. — b) Rhinologische: Potiquet: Die Verdickungen des vorderen, unteren Theiles der Nasenscheidewand. Bedeutung der „os sous-vomériens" und der Jacobson'schen Knorpel. — Valude: Empyem der Stirnhöhlen, Trepanation, Heilung per primam intentionem. — Ruault: Ueber ein Zeichen der Eiterung der vorderen Siebbeinzellen. — Nicitine: Ueber Ozaena. — Le Bec: Osteom der Nasenhöhlen. — c) Pharyngo-laryngologische: Bayer: Störungen im Respirations-Apparate als Vorläufer des Typhus. Typische Pharynx-Geschwüre. — Marage: Nutzen der Einspritzungen der van Swietenschen Flüssigkeit in das Gewebe bei scheinbarem Krebs. — Davies: Beziehungen zwischen dem Nervus phrenicus und dem Laryngeus inferior. — Cullingworth: Luftröhrenschnitt bei einem 3 Tage alten Kinde. — Morris: Eine klinische Vorlesung über den Werth von Nähten in der Behandlung von Selbstmord- und chirurgischen Wunden der Luftwege. — Calvert: Myxödem mit Thyreoideal-Extract behandelt. — Mackenzie: Klinische Vorlesung über Myxödem und die neueren Fortschritte in seiner Behandlung. — Burger: Laryngoscopische Befunde bei traumatischer Neurose. — Scheier: Ueber Intubation des Kehlkopfes. — Martone: Modification des Langenbeck'schen Tenaculums zur schnellen Ausführung der Tracheotomie. — Bayer: Primäres Larynxepithelioma. Intubation, Tracheotomie, Laryngotomie, Laryngectomie, künstlicher Kehlkopf. — Koch: Fremdkörper im Larynx festsitzend. — Ransom: Entfernen eines während 21 Monaten im Larynx sich befindenden Glasstückes. — Révilliod: Trachealpolyp nach wegen Croup ausgeführter Tracheotomie. Zweite Tracheotomie. Heilung. — Berg: Spontane Heilung eines Larynxpapilloms nach Tracheotomie. — Notiz.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompe·z** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. **Berlin, April 1893.** **No. 4.**

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen*).

Von

Dr. **B. Gomperz**

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität.

(Fortsetzung zu No. 2, 1893).

Wir kommen nun zur Erörterung der therapeutischen Erfolge, welche mit der Trommelfell-Hammer-Ambossexcision erzielt wurden. Ueber den Werth derselben bei Sclerose verdanken wir Lucae[53]) sehr lehrreiche Mittheilungen. Lucae operirte 53 Mal an 47 Kranken; in allen Fällen wurde der Hammer, 6 Mal auch der Amboss entfernt.

Das Hörvermögen wurde

bedeutend gebessert in	9	Fällen,	
wenig gebessert	„ 19	„	
nicht gebessert	„ 18	„	und
verschlechterte sich	„ 7	„	
	53	Fälle.	

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

[53]) Arch. f. Ohrenhlkde. XXII, p. 283.

Digitized by Google

Bemerkenswerth ist dabei, dass nur 17 Mal vollständiger narbiger Verschluss eintrat, während 34 Mal Lücken zurückblieben; bei den 9 wesentlich gebesserten Fällen blieb 6 Mal ein Trommelfelldefect zurück, 3 Mal trat Vernarbung ein.

Sehr ermunternd sind diese Erfolge gerade nicht; keinesfalls kann man aber daraus deduciren, dass die Operation bei Sclerose contraindicirt sei; wenn man bedenkt, dass wir bei diesem Leiden dem Fortschreiten der Schwerhörigkeit in gewissen Fällen machtlos gegenüberstehen, so kann nach den Erfolgen Lucae's der Eingriff nicht so riskant erscheinen; allerdings muss er für die Fälle aufgespart bleiben, wo quälende subjective Geräusche das psychische Gleichgewicht des Patienten bedrohen, und wo die Schwerhörigkeit einen Grad erreicht hat, bei dem der Patient nicht Viel, oder Nichts zu verlieren hat. Immerhin wird es rathsam sei, die Operation zuerst am schlechteren Ohre vorzunehmen.

Die häufigste Verwendung hat die Hammer-Ambossexcision bisher bei Caries der Gehörknöchelchen gefunden; ferner liegen Erfahrungen über ihre Erfolge bei Adhäsivprozessen vor, welche letztere sich theils nach Katarrhen, theils nach eitrigen Entzündungen der Paukenhöhlenschleimhaut ausgebildet hatten.

Ueber den Werth der Operation als solcher bei diesen Prozessen lässt sich schon ein ziemlich bestimmtes Urtheil fällen.

Es muss als eine unbestreitbare Thatsache festgehalten werden, dass wir bei den meisten Fällen von Tubenstenose, flächenhaften Adhäsionen des Trommelfelles mit Fixirung des Hammers, dann bei Verlöthungen dieses Knöchelchens mit der inneren Wand der Paukenhöhle in der Hammer-Ambossexcision das wirksamste Verfahren zur Besserung der Hörweite, sowie aller damit verknüpften subjectiven Beschwerden besitzen; ferner, dass eine Reihe eitriger Entzündungen des oberen Trommelhöhlenraumes, sei es, dass sie durch Caries und Necrose an seinen Knochenwänden, oder des Hammers, oder Ambosses, oder durch mangelhaften Secretabfluss bei blosser Schleimhauterkrankung unterhalten wurden, nur durch die gedachte Operation geheilt werden kann. Andererseits lehrt die Erfahrung, dass dergleichen eitrige Prozesse gar nicht selten auch ohne operative Eingriffe heilbar sind und das mit Erhaltung einer Hörweite, wie sie bei der operativen Methode nicht erreicht werden kann.

Ueber die Erfolge der Operation bei Eiterungsprozessen liegt bereits eine stattliche Anzahl von Beobachtungen vor, und ich verweise nur auf die bereits citirten Arbeiten, wo die betreffenden Fälle wiedergegeben sind; aber für die Erwägungen, denen ich jetzt Raum geben will, sind die meisten dieser Mittheilungen, so werthvoll sie auch an und für sich sind, deshalb nicht heranzuziehen, weil eine weitere Controle der als geheilt angeführten Fälle nicht durchgeführt wurde. Wenn der conservativen Methode stets vorgeworfen wird, dass die meisten der mit ihr erzielten Heilungen nur Scheinheilungen seien, denen sehr bald Recidive folgen, so ist es nur billig, wenn an die Vertreter der nur operativen Methode die Forderung gestellt wird, auch ihre Fälle erst dann als geheilt zu betrachten, nachdem sie durch längere Zeit recidivfrei geblieben sind. Dieser Erwägung haben Stacke, Ludewig, Reinhard

Digitized by Google

und Grunert (l. c.) bereits Raum gegeben; Ludewig, indem er seine Fälle nach Jahresfrist controlirte und die gewonnenen Untersuchungsresultate veröffentlichte; Stacke, indem er von vorne herein nur solche Fälle zu seiner Statistik heranzog, welche ein Jahr nach der Operation beobachtet wurden; Reinhard nennt schon die Fälle geheilt, welche ein halbes Jahr recidivefrei geblieben waren. Am werthvollsten ist in dieser Hinsicht die Statistik Grunert's, welcher die Controle der von Ludewig beschriebenen Fälle der Schwartze'schen Klinik $1^1/_4$ bis $1^3/_4$ Jahre später fortsetzte.

Die Statistik Grunert's ist auch nach der Richtung hin von Werth, da sie nur die Fälle berücksichtigt, wo auch der Hammer mit dem Amboss entfernt wurde, und die Frage beantwortet, inwieweit diese Operation im Stande ist, die chronischen Eiterungsprozesse des oberen Trommelhöhlenraumes, welche nicht mit Warzenfortsatzerkrankungen complicirt sind, zur Ausheilung zu bringen.

Das Ergebniss Grunert's war in den controlirbaren 43 Fällen: $55^1/_2$ pCt. Heilungen, $44^1/_2$ pCt. Nichtheilungen.

Grunert hat diese Statistik noch durch 28 Fälle ergänzt, bei denen auf Grund der Diagnose einer isolirten Caries an den Gehörknöchelchen in typischer Weise vom Gehörgange aus die Hammer-Ambossexcision ausgeführt wurde; in diesen Fällen erzielte G. 13, d. i. 46 pCt. Heilungen.

Sehr schön sind Stacke's[54]) Resultate mit seiner Methode; von 33 Fällen sind 19 geheilt, 2 gebessert, 2 ausgeblieben, einer an Diab. mellitus gestorben.

Was den Einfluss der Operation auf die Hörweite bei den nicht eitrigen Prozessen betrifft, so ist es klar, dass eine Besserung nur dort erfolgen wird, wo durch Fixirung der Gehörknöchelchen-Kette die Schallübertragung gehemmt war. Von dem günstigen Erfolge der Operation in dem Falle von Tubenstenose Kessel's war bereits die Rede, ebenso von den dürftigen Erfolgen bei Sclerose. Wesentlich sind die Hörverbesserungen bei den nach eitrigen Prozessen zurückgebliebenen flächenhaften Verwachsungen des Trommelfelles mit der inneren Paukenhöhlenwand, mit Fixirung des Hammers und den Ankylosen im Hammer-Ambossgelenke; freilich verliert sich nicht selten ein Theil der gewonnenen Hörweite nach der Vernarbung.

Die Hörverbesserung jedoch in den Fällen, wo wegen Eiterung operirt wurde, darf nicht, wie es allgemein geschieht, als Beweis dafür verwerthet werden, dass die Hammer-Amboss-Excision dem Hörvermögen keinen Schaden bringe; denn dieses lässt sich in unverhältnissmässig ausgiebigerer Weise bei der conservativen Behandlung verbessern, wenn es gelingt, die Schwellung und Granulationsbildung der Schleimhaut an den acustisch wichtigen Punkten des Cavum tympani zu beseitigen und die Passage der Tuba, die Schwingbarkeit der Gehörknöchelchenkette wiederherzustellen.

Es wäre nach dieser Richtung hin öfters grössere Exactheit in den Krankengeschichten zu wünschen. Wenn ein Autor nur die Hörweiten vor der Operation und nach derselben bringt, ohne von einer Erprobung der Luftdouche zu sprechen, so kann sich der Leser des Gedankens nicht erwehren, ob die Hör-

---

[54]) Archiv f. O., Band 33, p. 123.

Digitized by Google

weite nach dem Katheterismus nicht noch höher gestiegen wäre, als nach der Herausnahme von Trommelfell, Hammer und Amboss, eine Vermuthung, der man bei nicht eitrigen Prozessen wohl Raum geben darf.

Zu den besten Resultaten bezüglich der Hörweite gehören die in Fall 3 und 7 von Stacke[55]), (6 und 8 Meter für die Flüstersprache), sowie das im Fall 31 der ersten Statistik Ludewig's (l. c.) mit 6 Mtr. Hörweite für die Flüstersprache; zumeist blieb aber das Hörvermögen unbeeinflusst oder besserte sich nur in geringem Grade; Hörverschlechterung tritt ziemlich selten ein.

Bemerkenswerth ist der Einfluss der Operation auf die subjectiven Geräusche; bei Sclerose ist der Erfolg auch nach dieser Seite hin ein recht dürftiger; bei 19 Fällen Lucae's z. B. verloren sich nur 1 Mal die Geräusche vollständig, 7 Mal trat geringe, 10 Mal keine Besserung auf, 1 Mal wurden die Geräusche intensiver. Doch liegen auch günstigere Erfolge über den Einfluss der Operation bei Sclerose vor; z. B. von R. v. Baracz[56]), Sexton (l. c.) u. A.

Bei eitrigen Prozessen, sowie deren Residuen ist es dagegen fast Regel, dass die subjectiven Geräusche nach der Operation ebenso verschwinden, wie das Druckgefühl, der Schmerz im Kopfe und der Schwindel; nur muss es wieder betont werden, dass sich alle diese Symptome auch bei der conservativen Behandlung rasch verlieren, wie es schon Kretschmann (l. c.) an der Schwartze'schen Klinik beobachtete.

Es ist hier der Ort, auch der unangenehmen Erscheinungen nach der Operation und während der Nachbehandlung zu gedenken.

Ist der Eingriff unter streng antiseptischen Cautelen unternommen worden, so braucht sich gar keine eiterige Entzündung einzustellen, wie schon Schwartze dies beobachtete; besonders häufig ist dieser günstige Verlauf dort, wo von vornherein kein eitriger Prozess bestand.

In solchen Fällen genügt es, beim Verbandwechsel mit sterilisirter Gaze oder Watte das seröse Secret abzutupfen und den Gehörgang aseptisch zu verschliessen. Es kann sich aber andererseits eine reactive Eiterung entwickeln, die, wie ebenfalls Schwartze beobachtete, 1, 2 bis 3 Tage nach der Operation beginnt und durch Wochen, Monate, sogar über Jahresfrist andauern kann, wie die Angaben Lucae's (l. c.) über seine Operationen bei Sclerose zeigen.

Dass sich fast regelmässig dort, wo wegen Caries der Gehörknöchelchen operirt wurde, reactive Entzündung und verstärkte Eiterung anschliesst, darf nicht Wunder nehmen. Dieselbe kann in günstigen Fällen schon binnen weniger Tage endgiltig sistiren. Hört 1—2 Wochen nach der Operation die Eiterung bei blossen Ausspülungen des Gehörganges nicht auf, so werden Ausspülungen des oberen Trommelhöhlenraumes mit Zuhilfenahme der Antrumcanülen unter Verwendung von schwacher Carbol-, Borsäure- oder blos sterilisirter 6‰iger Kochsalzlösung vorgenommen; ich würde auch hier die nachträgliche Pulvereinblasung (Borsäure, Jodol, Jodoform) für die Fälle empfehlen, wo der Hohlraum weder von Granulationen, noch cholesteatomatösen Massen erfüllt ist.

---

[55]) Arch. f. Ohrenhlkd. Bd. 26.
[56]) Wr. med. Wochenschr. 1887, 10 u. 11.

Digitized by Google

Nach der Operation treten nicht selten Eingenommenheit im Kopfe, sowie Schwindel und Erbrechen auf; meist vergeht der Schwindel schon in den ersten Tagen, kann aber auch länger, sowohl bei Bewegungen, als auch bei vollkommener Ruhe fortbestehen.

Ausserdem hat Ludewig (l. c.) nach der Hammer-Amboss-Extraction vorübergehenden Gehörsverlust, Gangstörungen und Parästhesien beobachtet, ferner Facialisparesen, Erscheinungen, welche er auf Verletzungen der knöchernen Labyrinthcapsel und des Canalis Fallopiae bei der Amboss-Extraction zurückzuführen geneigt ist; sie verloren sich übrigens sämmtlich nach längerer oder kürzerer Zeit.

In einem der Fälle, wo ich die Hammer-Amboss-Excision vornahm, bildete sich an dem peripheren Rissende der Chorda eine kaum stecknadelkopfgrosse, röthlichgraue Wucherung, die ich als Amputationsneurom auffasse und durch welche sowohl spontan, als insbesondere bei deren Berührung ein in die betreffende Hälfte der Zunge bis in deren Spitze ausstrahlender Schmerz hervorgerufen wurde.

In diesem Falle bestanden auch während der Dauer der reactiven Eiterung Schmerzen im Unterkiefer und sämmtlichen Zähnen derselben Seite, ausserdem eine mässige Kiefersperre, so, dass das Sprechen und Essen während 2 Wochen sehr erschwert wurde; noch Monate nach der Heilung wurde die Patientin durch einen süsslichen Geschmack auf der betreffenden Zungenhälfte irritirt.

Was nun die Heilungsdauer nach der Operation anbelangt, so habe ich aus den Statistiken von Stacke, Ludewig und Grunert die Fälle ausgezogen, welche Heilungen betrafen und wo die Anführung des Datums der Operation und der constatirten Heilung die genaue Berechnung ermöglichte.

So gewann ich aus Stacke's Statistik (Archiv f. Ohrenhlkd., Bd. 26) 3, aus der ersten von Ludewig 16, aus der zweiten desselben Autors 15 und aus der von Grunert 3 Fälle; die rascheste Heilung erfolgte in 6 Tagen, die langsamste in 10 Monaten. Die Durchschnittsdauer beträgt bei diesen 37 Fällen 73 Tage.

Vernarbung mit Wiederbildung eines Trommelfelles tritt nur in der Minderzahl der Fälle ein; so blieben z. B. in Lucae's 51 Fällen 34 Mal Trommelfelldefecte zurück, während 17 Mal narbiger Verschluss eintrat; Ludewig (erste Statistik) beobachtete bei seinen 20 geheilten Fällen 5 Mal Vernarbung, 15 Mal keine, während Reinhard (l. c.) angiebt, in der Mehrzahl der Fälle binnen 1–2–3 Wochen Vernarbung der Operationswunde in der Weise beobachtet zu haben, dass sich das Trommelfell so weit regenerirte, als es vor der Operation bestanden hatte.

Ueber den Einfluss der Vernarbung auf das Hörvermögen liegen bisher nur spärliche Beobachtungen vor, doch scheint es für das letztere vortheilhafter zu sein, wenn die Vernarbung nicht eintritt und es wurde auch schon der Methoden gedacht, die zur Verhütung dieses Ereignisses empfohlen wurden.

Sehen wir nun, was die conservative Behandlung bei den eitrigen Entzündungen und Cholesteatomen des oberen Trommelhöhlenraumes zu leisten vermag. Ihre Anhänger streben, ohne Gegner der operativen Methode zu sein, nach dem Ziele, neben der Beseitigung der Eiterung auch die Function des erkrankten Ohres möglichst zu bessern, während

Digitized by Google

für die auf rein chirurgischem Standpunkte stehenden Anhänger der operativen Behandlung die Erhaltung des Hörvermögens in zweiter Linie steht. Die ersteren finden es der Mühe werth, bevor sie zur Herausnahme von Trommelfell, Hammer und Amboss schreiten, die Heilung der Eiterung auf weniger eingreifende Weise zu versuchen, die Letzteren fordern die sofortige Operation.

Es sei mir gestattet, der Massnahmen kurz Erwähnung zu thun, über welche die conservative Behandlungsmethode verfügt. Es sind dies:

1) Die übliche Behandlungsmethode der chronischen Eiterung: Luftdouche, Ausspritzung des Gehörganges, Durchspülung der Paukenhöhle (Kretschmann), Einträufelungen, Aetzungen.

2) Die Ausspülung des oberen Trommelhöhlenraumes mittelst der Antrumcanülen von Schwartze, Hartmann und Politzer.

3) Die Einblasung pulverförmiger Medicamente in den oberen Trommelhöhlenraum (Bezold, Gomperz, Siebenmann).

4) Die Wegnahme der äusseren Wand des oberen Trommelhöhlenraumes durch Auskratzung, galvanocaustische Ausbrennung, Abtragung nach Hartmann und mittelst des Politzer'schen[57]) Zangenmeissels.

5) Die Tamponade nach Gruber[58]).

Dass bei der schwer zugänglichen Lage der erkrankten Theile die bei Mittelohreiterungen usuelle Therapie Nichts oder nur sehr wenig leisten wird, ist klar. Der Luftstrom, der in die Paukenhöhle getrieben wird, das per tubam in dieselbe eingespritzte Wasser dringen nur selten und dann unvollkommen in die erkrankten Hohlräume; auch kann die Reinigung derselben fast nie durch Ausspritzungen vom Gehörgange aus erreicht werden.

Ich habe bisher nur einen einzigen Fall gesehen, wo bei einer Perforation der Shrapnell'schen Membran Heilung bei täglichem Gebrauche des Politzer'schen Verfahrens und reinigender Ausspritzungen vom äusseren Gehörgange aus eintrat.

Erfolgreich wurden solche Fälle erst behandelt, als man gekrümmte Röhren in den oberen Trommelhöhlenraum einführte und den Wasserstrahl direct gegen die erkrankten Partien zu kehren begann. So konnte man eingedickte Eitermassen, abgestossene Epidermisplatten, Cholesteatomtheile, lockere, verfettete Granulationen ausspritzen, welche, selbst Producte von Entzündungen, diese durch ihr Stagniren nur noch steigerten. Die ältesten Canülen dieser Art waren von Toynbee empfohlen und später in verbesserter Form von Schwartze angewendet worden. Durch die winkelige Abknickung, die Hartmann[59]) am hinteren Ende dieser Canülen anbringen liess, wurde die Einführung derselben wesentlich erleichtert und ist diese Form gegenwärtig die gebräuchlichste; sie hat sich auch in den Modificationen von Kirchner, Politzer[60]) und Milligan[61]) erhalten; durch einen 20 Ctm. langen Schlauch, der am rückwärtigen Ende der Canüle angebracht ist, findet die Verbindung mit der Spritze statt.

[57]) Lehrbuch III. Aufl., p. 363.
[58]) Wiener allgem. med. Zeitung 1891, 1 und 2.
[59]) Zeitschr. f. Ohrenhlkd. Bd. VIII.
[60]) III. Aufl., p. 360.
[61]) Monatsschr. f. Ohrenhlkd. 1893, p. 44.

Digitized by Google

Politzer wendete zuerst Canülen aus weichem Material an, die zwar wenig dauerhaft sind, aber den grossen Vortheil haben, dass ihre Anwendung auch von den Empfindlichsten leicht ertragen wird. Die Ausspülungen, zu denen man am besten sterilisirte 0,6procentige Kochsalzlösungen, event. mit Zusatz eines Antisepticums, gebraucht, werden folgendermaassen ausgeführt: Nach sorgfältiger Reinigung des Gehörganges führt man unter Beleuchtung des Gesichtsfeldes mit dem Stirnbindenreflector durch den Trichter die Canüle, deren abgeknicktes hinteres Ende mit den Spitzen des Daumens und Zeigefingers gehalten wird, behutsam in die Lücke ein und lässt sie langsam sinken, wobei ihr vorderes Ende sich hebt und am oberen Perforationsrande einhakt. Jetzt wird die Spritze an den Hart-Kautschukpavillon angesetzt, der am Ende des Schlauches hängt, und unter sanftem Drucke entleert, während am Schlauche die Canüle vorsichtig im Halbkreis gedreht wird. Auf diese Weise gelingt es oft, erstaunliche Mengen von retenirten Entzündungsproducten herauszubefördern und mit einem Schlage Schwindel, Kopfschmerz und Druckgefühle zu beseitigen, die bis dahin in quälendster Weise bestanden hatten. Ueble Zufälle werden hierbei öfters beobachtet; manche Patienten bekommen Schwindel, Andere Ueblichkeiten, die sich zum Erbrechen steigern können, dabei auffallende Blässe; Moos[62]) beobachtete bei einer schwangeren Frau nach Gebrauch der Hartmann'schen Canüle Abortus. Nach wiederholten Ausspülungen gewöhnen sich die Kranken rasch an diese Behandlungsmethode, so dass sie höchstens Schwindel bekommen; durch Luftverdünnung vom äusseren Gehörgange aus lassen sich übrigens derartige Schwindelanfälle rasch beseitigen.

Von der Erwägung ausgehend, dass die eiternde Paukenschleimhaut durch Einwirkung der pulverisirten Borsäure so günstig beeinflusst werde, dass oft die veraltetesten Ohreiterungen nach kurzer Zeit stille stehen, während Ausspülungen und Einträufelungen keinen Erfolg hatten, dass daher die Einblasung dieses Pulvers in den oberen Trommelhöhlenraum nur vortheilhaft auf die erkrankten Schleimhautpartien wirken könnte, versuchte ich — unabhängig von Bezold, der schon früher kurz der Möglichkeit Erwähnung gethan hatte, Borsäure auch in den oberen Trommelhöhlenraum zu blasen[63]), diese Insufflationen bei einer Reihe von Eiterungen, wo mich die blossen Ausspülungen im Stiche gelassen hatten, und zwar mit sehr gutem Erfolge. Meine günstigen Erfahrungen[64]) wurden dann von Bezold[65]), Siebenmann[66]), Scheibe[67]) und Politzer[68]) bestätigt und ich hatte noch öfters Gelegenheit, ihre heilende Wirkung zu beobachten.

Allerdings können dieser Behandlung nur solche Fälle unterzogen werden, bei denen die Möglichkeit besteht, das Pulver direct auf die erkrankte Schleimhaut zu bringen, wo also Ansammlung cholesteatomatöser Massen, Wucherung von Granulationsgewebe nicht besteht. Oft gelingt

---

[62]) X. internationaler medicin. Congress, Section f. Ohrenheilkunde.
[63]) D. med. Wochenschr., 1887, 8.
[64]) Oest.-Ung. Centralbl. f. d. med. Wissenschaften 1, 1890.
[65]) Zeitschr. f. Ohrenhlkde. 21, pag. 270.
[66]) Zeitschr. f. Ohrenhlkde. 21, pag. 78.
[67]) Münch. med. Wochenschr. 1891, 14.
[68]) Lehrbuch, III. Aufl., pag. 363.

Digitized by Google

es, solche Vorwucherungen von Granulationen durch energisches Aetzen, dann durch Alcoholeinträufelungen (Morpurgo, Politzer) zu beseitigen und jetzt erst, wenn der Hohlraum des Atticus wieder frei ist, die Behandlung mit Pulvereinblasungen einzuleiten. Sie wird folgendermaassen ausgeführt. In der früher erwähnten Weise wird eine Hartmann'sche Canüle von möglichst weitem Caliber in die Lücke eingeführt und die Ausspülung mit 1—2 procentigem Borsäurewasser vorgenommen. In den Hartgummipavillon kommt nun nach der Ausspülung ein loser Wattepropf, worauf mittelst des birnförmigen Ballons, den man an den Pavillon setzt, mehrmals kräftig Luft durch die Canüle geblasen wird. Diese filtrirte Luft treibt das Wasser aus Schlauch, Canüle und Paukenhöhle in den Gehörgang und jetzt bläst man nach Entfernung der Watte, unter gleichzeitiger Drehung der Canüle, Borsäurepulver in dieselbe durch einen Stäuber, der an den Pavillon angesetzt wird. Durch Benutzung eines modific. Gersuny'schen Stäubers, der bequem mit einer Hand dirigirt wird, entfällt die Nothwendigkeit eines Assistenten, wie ihn Siebenmann bei dieser Manipulation gebraucht. Trocknet man nun den Gehörgang aus, so kann man sich davon überzeugen, ob das Pulver in den Atticus eingedrungen ist. Bei grösseren Lücken in der Shrapnell'schen Membran ist es sehr leicht, mit dem genannten Stäuber unter Controle des Auges das Pulver in die eiternde Höhle direct einzublasen.

Hat man das Vorhandensein cholesteatomatöser Massen erkannt, so wird man sich schon auf eine längere Behandlungsdauer gefasst machen müssen, da die Matrix dieser pathologischen Producte zumeist im Ohre belassen werden muss und die Bedingungen zu ihrer Wiederbildung auch durch eingehende operative Maassnahmen nicht immer gänzlich beseitigt werden können. Dort, wo nur der Atticus externus oder der Prussak'sche Raum die Epithelmassen producirt, reichen wenige Ausspritzungen mit der abgebogenen Canüle zu ihrer Entfernung hin. Sie ist auch noch leicht, wenn zwar schon das Antrum mitergriffen ist, aber grosse Lücken über dem Processus brevis das Ausgeschwemmtwerden der Massen begünstigt. Man thut gut, vorher erweichende Lösungen mehrmals täglich lauwarm einträufeln zu lassen. Ich verwende dazu gewöhnlich folgende Formel:

Acidi carbolici } āā 0,50,
Natrii carbonici }

Aquae destill. } āā 10,0.
Glycerini }

Bezold[69]) lässt zur Erweichung stark verdünnten Liquor ammonii caust. einträufeln, Siebenmann empfiehlt dazu die Salicylsäure. In der letzten Zeit habe ich statt der Carbolsäure Lysol versucht, und glaube, davon ein rascheres Aufquellen der Massen und leichtere Entfernbarkeit gesehen zu haben. Schwieriger gestalten sich schon die Verhältnisse, wenn die Lücke nur klein ist, ferner, wenn auch das Antrum ergriffen ist. Im ersteren Falle hat man seine liebe Noth, die zusammenhängenden Epidermisplatten in den Bereich der Oeffnung zu bringen und stückweise mit der Pincette zu fassen; man kann da oft Massen von erstaunlicher

[69]) Ueber das Cholesteatom des Mittelohres, Zeitschr. f. Ohrenhlkde., Bd. XXI, 270.

Digitized by Google

Grösse herausbefördern. Hüten muss man sich in solchen Fällen vor forcirten Einspritzungen mit der Hartmann'schen Canüle, da man ja nicht wissen kann, wie weit schon die obere und innere Wand des Antrum's verdünnt ist; auch ist das Eintreiben von Epidermismassen in die Zellräume des Warzenfortsatzes durchaus nicht unmöglich. In solchen Fällen wird man gut thun, die Lücken über dem kurzen Fortsatze so weit als möglich zu vergrössern, wozu sich am besten die Galvanocaustik eignet. Schnitte verwachsen in allzu kurzer Frist wieder.

Das Ausbrennen geschieht mit einem knopfförmigen Galvanocauter nach gründlicher Cocainisirung hauptsächlich in der Richtung nach vorne und rückwärts. Noch gründlicher wird man dieser Indication durch die allerdings schwierigere Freilegung des oberen Trommelhöhlenraumes nach Hartmann gerecht, welcher vorschlug[70]), die den Kuppelraum von der oberen Gehörgangswand trennende Knochenschichte mit einem eigens hierzu construirten Meissel zu entfernen. Leichter und sicherer wird sich die Wegnahme dieser Knochenschichte mit dem Politzer'schen Zangenmeissel vornehmen lassen. Ist die Lücke genügend weit, sind eventuell vorhandene Granulationen beseitigt, so muss nach Entfernung der cholesteatomatösen Massen unser Hauptaugenmerk sich darauf richten, die Neubildung dieser Massen zu verhüten. Und da muss ich bekennen, dass wir kein Mittel anführen können, das absolut sicher der Ueberproduction von Epidermisplatten dauernd Einhalt gebieten könnte.

In einer grossen Anzahl von Fällen führt die Ausspülung allein, oder in Verbindung mit Alcoholeinträufelungen Heilung herbei; auch die von mir empfohlene Einblasung von Borsäure in den oberen Trommelhöhlenraum kann in hartnäckigen Fällen zum Ziele führen. Urbantschitsch verwendet dabei Argentum nitricum und Salicylsäure, und es wird sich empfehlen, letztere mit Borsäure gemengt, etwa im Verhältniss von 1–5 : 100,0 einzublasen (Bezold).

Gruber führt mittelst einer eigens hierzu construirten Pincette nach Erweiterung der Lücke über dem Proc. brevis, event. nach Auskratzung Tampons von Jodoform- oder Sublimatgaze in den Attic ein und belässt sie darin bis zu 5 Tagen.

(Fortsetzung folgt.)

Weitere Mittheilungen über die acute Rhinitis.

Von

Privatdocent Dr. **Suchannek** in Zürich.

Seit der Beendigung der Influenzaperiode fortgesetzt mit der pathol.-anatom. Analyse der acuten Rhinitis beschäftigt, glaube ich nun, nachdem meine Untersuchungen wieder einen gewissen Abschluss erreicht haben, zu weiteren Mittheilungen über das mich interessirende Thema berechtigt zu sein. Es erschöpft zu haben, darf ich mir nicht anmassen, da das Material nur eine gewisse Categorie von Fällen umfasste[1]).

---

[70]) Naturforscher-Vers. i. Heidelberg, 1889.

[1]) Acute Rhinitis im Anschluss gleichzeitig bestehender Pharyngitis und Laryngitis crouposa et diphtherit.

Digitized by Google

Unter ca. 10 genauer untersuchten Fällen hebe ich die am meisten typischen hervor.

In seiner mildesten Form erschien mir der Krankheitsprocess durch folgendes Sectionsergebniss characterisirt: Blassrosa oedematöse Schleimhaut (das Oedem war aber nicht beträchtlich, beschränkte sich mehr auf ein wässeriges Aussehen der Mucosa), geringes Secret (bald schleimig, bald schleimig-eitrig), Nebenhöhlenschleimhaut normal oder nur wenig gedunsen.

Einen solchen Befund constatirte ich am reinsten bei 2 Individuen, eine Verschiedenheit bestand nur in der grösseren Reichlichkeit des abgesonderten Secrets bei Fall I[2]). Laut Anamnese hatte bei Lebzeiten ein acuter Schnupfen bestanden (wahrscheinlich also auch Hyperämie).

Bei microscopischer Betrachtung erschienen trotz der scheinbaren Blutleere sowohl Reg. olf. als resp. hyperämisch. Freilich lange nicht so stark, als bei Fall III und IV.

Ausserdem war das Epithel mehrfach gelockert und an gewissen Stellen auf Kosten der Riechzellkernzone niedriger geworden.

Hier und da constatirte ich ein zweischichtiges neugebildetes Epithel, das mit seinen grossen hellen Kernen durchaus demjenigen glich, wie ich es bei dem postdiphther. Nasencatarrh antraf. — Im Uebrigen waren locale Oedeme und vermehrte Lymphfollikelbildung resp. Vermehrung des Leucocyten producirenden Keimlagers in mehr diffuser Form unschwer erkennbar. — Schwieriger zu deuten waren die Verhältnisse im Gebiet der Drüsen. Im respiratorischen Theil zwar konnte ich ausser einer erhöhten Thätigkeit derselben und stärkerer Auflösung des Zellprotoplasmas in Serum (Mucigen) oder Mucin nichts Auffallendes notiren, in der Reg. olf. indess (wo mich, trotz der festen Anhaftung der Schleimhaut an ihre knöcherne Unterlage, die erhebliche Ausdehnungsfähigkeit der kleineren und grösseren Gefässe überraschte) suchte ich streckenweise vergeblich nach einer Bowman'schen Drüse, bis ich schliesslich bei genauerem Zusehen innerhalb dieses Terrains ganz atrophische, in der Längs- und Querrichtung getroffene Tubuli als solche — wenn auch krankhaft veränderte — ansprechen musste. Serienschnitte belehrten mich, dass zum Eintritt der bereits früher geschilderten Zelldesquamation keineswegs so stürmische Rhinitiden (wie z. B. viele Influenzarhinitiden) nothwendig seien und dass man auch in leichten Fällen einem „reinen (oder wenigstens vorwiegend) desquamativen Drüsencatarrh" gelegentlich begegnen dürfte. — Die ursprünglich auf dem Durchschnitt einen zusammenhängenden und wohl abgegrenzten Kranz bildenden Zellen (Figur 2a) trennen sich zunächst in ihrer Peripherie oder runden sich ab (Fig 2dz), werden dann von ihrer Unterlage abgehoben und gelangen als längliche (Fig. 3dz$_1$) oder mehr rundliche Zellen in's Drüsenlumen (Fig. 2dz$_1$). Mit der Elimination letzterer kollabirt der entweder gar nicht oder deutlich erweiterte Drüsenschlauch, um sich dann (vermuthlich) von den noch restirenden Zellen der Nachbarschaft mit einem Anfangs recht niedrigen Epithel wieder zu versehen. Diesem Vorgang begegnet man aber durchaus nicht in jedem Präparat, und wird dadurch immer wieder an den schon früher von mir hervorgehobenen Umstand erinnert, dass sich in

[2]) Amann, 1$^1/_2$jähr. Knabe.

Digitized by Google

der Nasenschleimhaut die pathol. Processe leider oft herdweise und zerstreut vorfinden, was natürlich die Untersuchung ausserordentlich erschwert.

In Fall II (6½jähr. Knabe), wo macroscopisch sich auf der blassen, wässrigen Schleimhaut nur sehr wenig schleimig-eitriges Secret entdecken liess, vermisste ich die Desquamation der Drüsenzellen völlig. Eine mässige Hyperämie war vorhanden, auch fehlte nicht die Durchtränkung der erweiterten Maschen des areolären Bindegewebes mit Serum, statt der Zellablösung hatte man es aber hier mit einer stärkeren Schleimproduction und Ansammlung von weissen (durch's Drüsenepithel eingewanderten) Eiterkörperchen zu thun. Die Drüsenzellen waren abgeplattet, die Drüsenschläuche erweitert, und zwar in ganz ähnlicher Weise, wie das v. Brunn als Blasen der Bowman'schen Drüsen bezeichnet[3]).

Bei Weitem intensiver, als in den soeben beschriebenen 2 Fällen, prägte sich der Krankheitsprocess bei einem 2¾jähr. Mädchen Lucie Stüssi aus. Mein Protocoll lautet: Diffus tiefroth gefärbte Mucosa, reichlichen Schleimeiter producirend. Starke Hyperämie sämmtlicher Nebenhöhlen, auch der Keilbeinkörper. Sehr blutreiche Diploe. Kieferhöhlenschleimhaut ödematös.

Entsprechend diesem schon macroscopisch viel prononcirteren Symptombild erschien hier der Catarrh sowohl auf das Oberflächen-, als das Drüsenepithel ausgedehnt.

Regio olfactoria: Starke Füllung der Gefässe und Capillaren, das Leucocyten producirende Keimlager ist hypertrophisch (meist diffus, aber stellenweise auch in Ovoid- oder Kugelform angeordnet) und in regerer Thätigkeit, ein Vorgang, der sich vor Allem in einer lebhaften Emigration von Wanderzellen durch's Oberflächenepithel und auch durch die Wandungen der stellenweise erheblich veränderten Drüsen äussert. Mehrfach Desquamation des Oberflächenepithels. Bowman'schen Drüsen entweder ganz collabirt oder ectatisch und mit Serum gefüllt. Kein Oedem.

Regio respiratoria: Verbreiterung des lymphoiden Lagers, starke Action der Drüsen, aus deren Ausführungsgängen sich das meist seröse, selten mucinöse Secret (vielfach mit einzelnen Kernen, Zelltrümmern, erhaltenen und verflüssigten Zellen und ganzen Zellcomplexen, wie sie dem Durchschnitt einer Wandbekleidung eines Alveolus entsprechen, gemischt) stromweise entleert. An verschiedenen Stellen des Nasenbodens Uebergangs- oder Plattenepithel, an den Drüsen vielfach gar nichts Auffallendes und nur hier und da dem Bilde der Figur 3 entsprechende Desquamation.

Ausser dieser letzteren Veränderung suchte ich lange an den verschiedensten Stellen der Reg. resp. nach weiteren drüsigen Veränderungen, bis ich sie an einem Theile des Septum, vis-à-vis dem mittleren Nasengang, und zwar in einem Grade wiederfand, dass ich sie einer bildlichen Wiedergabe für geeignet hielt. — Während ich sonst nirgends von einem deutlichen Oedem reden konnte (die Kieferhöhlenschleimhaut ausgenommen), begegnete ich hier in der ganzen Ausdehnung des ca. 14 Millim.

[3]) v. B. fand in seinen Präparaten keinen Inhalt und glaubte deshalb diese „Blasen" als normalen, bisher nicht beschriebenen Befund ansprechen zu müssen. Ich kann mich der Anschauung des Verf. nicht anschliessen und halte seinen Fall auch nicht für einen normalen — vergl. einen in der Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. XXII erschienenen Artikel.

Digitized by Google

langen Schnittes (Paraffin!) einem areolären Bindegewebe mit weiten, serumerfüllten Maschen. Auffallend grosse, mit feinkörnigem (erstarrtes Albuminserum) Material gewissermaassen ausgegossene Saftspalten, in denen auch grössere polygonale oder rundliche Zellen gesehen wurden. Die erste oberflächlichere Besichtigung lässt Drüsenalveolen überhaupt nicht unterscheiden. Erst bei genauerem Studium und nach Durchmusterung einer stattlichen Reihe von Serienschnitten stösst man auf deutlich ausgeprägte, noch normale Alveolenquerschnitte und dann die verschiedensten Uebergänge von Bild (Fig. 1nA) zu Bild (Fig. 1pA und pA_1). — Es ergiebt sich, dass die Zellen, sei es in Folge der Hyperämie oder des Druckes seitens der ödematösen Umgebung, in ihrer Ernährung Noth gelitten haben und in Folge dessen unter Gestaltsänderung zur Ausstossung gelangen. Die letztere erfolgt in der Art, dass entweder der normaliter scharfrandige, dem Lumen des Alveolus zu gelegene Zellsaum zackig wird, dass also zuerst eine Continuitätstrennung der einzelnen Zellen an ihrer Peripherie beginnt (Fig. 1pA), der sich ein allmählig nach dem Fuss der Zellen fortschreitender Zerfall des Protoplasma's anschliesst (Figur $1pA_1$) — oder — dass sich das Alveolenepithel in toto abhebt und mit dichter stehenden Kernen und in der Höhenausdehnung rareficirten Zellen als atrophischer Zellkranz ins Lumen der Drüsen fällt (Fig. 1 b). Die Kerne bleiben dabei erhalten (also keine Coagulat-Necrose) und können sich inmitten des Alveolus oder an dessen einer Seite zu einem Complex ballen, während den übrigen Theil des Lumens eine feinkörnige Masse, eben das zerfallene Protoplasma der Drüsenzellen, einnimmt. Diese letzteren Gebilde haben eine nicht wegzuleugnende Aehnlichkeit mit Riesenzellen (Fig. 1c). Bei einer dritten Variation der patholog. Erscheinungen an den Drüsenzellen werden die letzteren unter hydropischer Aufquellung kuglig oder polygonal, fallen in's Lumen, behalten hier aber nicht sämmtlich ihre scharfen Conturen, sondern lösen sich wie bei Variation II auf oder werden als noch erhaltene Zellkörper durch den Drüsenausführungsgang an die Oberfläche geschafft (Fig. 1a).

Aber auch die Kerne können noch einer weiteren Veränderung in dem schliesslich stark geschrumpften und fast zur Unkenntlichkeit entstellten Alveolus unterliegen. Sie besteht in einer Verflüssigung des sich nun mit Hämatoxylin noch um einen Stich dunkler färbenden Chromatins in theils streifige, theils klumpige Massen. — Anfänglich erklärte ich mir diese Gebilde als die Kerne von in den Alveolus eingewanderten und conglutinirten Leucocyten, Uebergangsbilder zu den Anfangsstadien des Processes veranlassten mich aber, diese Vermuthung wieder fallen zu lassen, umsomehr, als ich im Oberflächenepithel beim primären Schwund der Riechzellen analogen Vorgängen begegnete[4]). Bei Durchmusterung der Literatur stiess ich auf eine von Oertel (Die Pathogenese der epidemischen Diphtherie Leipzig, Vogel, 1887) in Taf. I, Fig. 12, seines

[4]) Leider bekommt man in den meisten Fällen den bereits abgelaufenen Process zu Gesicht und erst in letzter Zeit konnte ich bei einer relativ frischen Leiche ($3^1/_2$ St. p. m.) die Genese der primären Atrophie des Riechepithels studiren. Die noch restirenden Riechzellen werden unter Zerfall ihres Protoplasma's und Verflüssigung des Chromatins, das über der Zone der Basalzellenkerne tief dunkle klumpige und streifige Massen darstellt, in Fäden

Digitized by Google

Atlas gelieferte Zeichnung (Durchschnitt durch eine von Diphtherie befallene Epiglottis nebst bereits vorhandenen Resorptionsvorgängen), die mir meinen Befund sofort vor Augen führte.

Oertel schreibt: „In der Tiefe (scil. der Epiglottisschleimhaut) breite Bindegewebszüge, die spaltförmige Räume begrenzten, durch Fuchsin intensiv roth gefärbt und von einer homogenen Masse durchtränkt, die den Farbstoff lebhaft aufnahm und an den Spalten in Tropfform heraussickerte. Wo die Aussickerung längere Zeit bestanden hatte, waren die Bindegewebsspalten von rundlichen, kugelförmigen, stalactitenartig zusammengeballten und brückenartig ausgespannten Massen angefüllt. Dies sind zweifellos Resorptionsvorgänge. Die hyaline, faserstoffhaltige Masse, die auf der Höhe der Krankheit das Bindegewebe infiltrirt hatte und wegen ihrer tiefen Lage nicht auf die Schleimhaut ausgeschieden werden konnte, erlitt mit dem Rückgang des Processes allmählig weitere chemische Veränderungen und gelangte schliesslich, als flüssige colloidähnliche Masse aus dem Bindegewebe aussickernd, wieder zur Resorption."

Nun gleichen sich beide Bilder — das Oertel's und das meinige — sehr; was ich sah, war sicher kein Colloid, dagegen sprachen Aussehen und Färbung — Colloid wird durch Hämatoxylin nicht so tief gebläut, hingegen bekommt man bei richtig eingeschlagenem Verfahren mittelst Fuchsin eine sehr schöne Kern- resp. Chromatintinction. — Bedenkt man endlich, dass ein derartig mit verflüssigter Kernsubstanz gefüllter Alveolus gar wenig von seiner Umgebung sich differenzirt, denn die Basalmembran — sofern man überhaupt von einer solchen reden darf — ist sehr zart, so wird man eine Identifizirung beider Processe — und zwar zu Gunsten meiner Anschauung — nicht für so ungereimt halten; die Epiglottis enthält ja auch Schleimdrüsen und sie werden sicher von der stürmischen Entzündung nicht verschont geblieben sein, daher hätte man von O. wohl detaillirtere Angaben über die Veränderungen an den Drüsen erwarten dürfen, als es in der That geschehen.

Es sei mir nun noch gestattet, über 2 Fälle postdiphtheritischen Catarrhs zu berichten. In klinischem Sinne haben wir es dabei ja mit einer acuten Entzündung zu thun, in pathologisch-anatomischem spielen freilich die regenerativen Vorgänge die wichtigere Rolle. Da indess in diesem Stadium neben den Reparationsprocessen noch genug Stellen vorhanden sind, an denen man von einer Rhinitis acuta (mit Hyperämie, Oedem, Exsudation und Gewebsdegeneration) reden kann, so möge man auch noch den folgenden Zeilen einige Berechtigung zugestehen.

$3^1/_2$jähriges Kind (Gimpert) mit zum grössten Theil abgelaufener Nasendiphtherie. Noch jetzt sind hier und da fleckweise locker aufsitzende Membranfetzchen (Septum, untere Muschel) nachweisbar. Im Uebrigen erscheint die diffus hyperämische Mucosa am Septum und an der Conch. infer. noch vielfach uneben, so dass sich a priori Epitheldefecte vermuthen liessen. — Ueber den croupösen Character der Membranen belehrt[5]), durchsuchte ich die verschiedenen Terrains der Nasen-

zwischen den Reihen der Stützzellen eliminirt. — Diese Fäden wird man, sofern man nur gehörig den Stöhr'schen Durchwanderungsprocess studirt hat, nicht mit Leucocyten identificiren, wie ich es irrthümlicher Weise früher that.

Digitized by Google

höhle auf Paraffinschnittserien. Ich benutzte möglichst grosse Strecken, z. B. verticale Schnitte vom Nasendach bis zum Nasenboden, und zwar verliefen die Schnittebenen entweder über das Tubercul. septi oder durch die Mitte der oberen Muschel oder entsprechend dem hinteren Theil der letzteren. Andererseits wurden auch Horizontalschnittserien angelegt durch die ganze Reg. olf. sept. incl. den daranstossenden Stücken respir. Schleimhaut. Die Schleimhaut der einzelnen Muscheln wurde sorgfältig abgelöst (von dem bereits fixirten Material!) und ebenso untersucht.

(Sublimathärtung, 70 pCt. Jodalcohol, 90 pCt., absol. Alcohol, Anilinöl, Xylol, Paraffin,
Färbung theils mit De la Field's Hämatoxylin,
Fuchsin, theils mit Weigert's Fibrinfärbmethode.)

Microscop. Befund: Im Bereich der locker aufsitzenden Membranen war von einem Oberflächenepithel nicht eine Spur sichtbar, sogar die Basalzellen fehlten und nur die glänzende, im resp. Theil bekanntlich häufig auffallend dicke Basalmembran war mehr minder gut erhalten. Statt der subepithelialen Zone lymphoiden Gewebes stiess man auf eine zwar schon vascularisirte, aber als gut definirbares Gewebe noch nicht anzusprechende glänzende Grundsubstanz, in der massenhafte Zerfallsproducte von Kernen weisser Blutzellen, sowie zahlreiche deformirte rothe Blutzellen — und zwar sowohl einzeln, als zu kleinen Häufchen angeordnet — bunt durcheinander lagen. — Daran stiessen Zonen, in denen die zu hellen Balken angeordnete Grundsubstanz von wandernden Leucocyten in bizarren, meist gestreckten Formen und von neugebildeten gefässreichen Bindegewebsinseln durchsetzt, erschienen. — Hier tauchten auch Drüsendurchschnitte mit festsitzenden oder desquamirten, aber nicht wesentlich veränderten Zellen auf. Weiterhin begegnete man bereits normalem Gewebe, in dem nur die starke lymphoide Infiltration imponirte. In den tieferen Lagen dieser Gegend tauchten mehrfach Drüsen mit theils desquamirten, theils völlig necrotisirten und körnig zerfallenen Zellen auf. Die Kerne waren bei Weitem nicht so gut erhalten, wie im Fall Stüssi, im Gegentheil — über den ganzen Alveolus verstreut war innerhalb der necrotisch zerfallenen Zellmassen kleinster, mit Hämatoxylin intensiv sich färbender Zellkerndetritus bemerkbar. — Nebenbei entbehrte das Gewebe aber auch nicht einer Reihe ziemlich gut entwickelter Drüsen. —

Auch Epithelneubildungen waren schon nachweisbar, und zwar vorzugsweise in der Nähe der Schleimhaut-Lacunen und Drüsenausführungsgänge, woselbst sich noch vielfach — namentlich in der Tiefe der Lacunen — ursprüngliches Epithel erhalten hatte (ähnlich wie in Fig. 7). Die ersten Anfänge der Epithelneubildungen präsentirten sich als rundliche Gebilde, die bald klein kubisch wurden und sich bei weiterer Streckung in die längliche Form relativ früh mit Wimpern besetzten. Besonders characteristisch für diese neugebildeten Epithelzellen waren die stellenweise ganz erheblich grossen Kerne. Neben typischen, neu-

[5]) Gefrierschnitte wurden zur Constatirung etwaiger Verfettungen sowohl von den Membranen, als von den verschiedenen Stellen der Muscheln und des Septums angefertigt, ohne dass es mir gelungen wäre, dadurch zu irgend einem positiven Resultat zu gelangen. Uebrigens konnte auch Oertel nur sehr selten Erscheinungen der fettigen Degeneration wahrnehmen (cf. pag. 130 l. c.).

Digitized by Google

gebildeten Flimmerzellen war aber auch eine Neubildung in Form von Plattenzellen zu verzeichnen. In der Regio olf. waren auf einigen Strecken nur die sehr characteristischen Stützzellen erhalten und die Riechzellenkernzone entweder ausgefallen oder wenigstens erheblich reducirt. Drüsenschläuche vielfach schmal und spärlich — wahrscheinlich hatten sich auch hier desquamative Processe abgespielt. — Nebenhöhlenschleimhaut stark hyperämisch, ihre Tunica propria ödematös.

Caroline Meyer, $5^1/_2$ J. alt, ca. 8 Tage nach völlig ausgeheilter Nasendiphtherie (14 Tage nach Beginn des Processes — laut Anamnese!) geröthete Scheimhaut (carmoisinroth), in der Reg. respir. schleimig-eitriges Secret, in der Riechspalte viel Eiter. Oedem beider Kieferhöhlen und der Keilbeinhöhlen. Sehr blutreicher Keilbeinkörper.

Offenbar hatte es sich, so liess es der microscopische Befund vermuthen, in diesem Fall um eine oberflächlichere, beschränktere, nur zur Epithelnecrose führende Diphtherie gehandelt.

Starke Erhöhung der Function der Drüsen, sich documentirend durch förmliche Ströme von theils eiweisshaltigem, theils mucinösem Secret, welches das der Mündung des Ausführungsganges benachbarte neugebildete, aber noch locker aufsitzende Oberflächenepithel fortzuschwemmen schien. — Vermehrung des leucocytären Lagers, stellenweise Flemming'sche Keimcentren, Durchwanderungen des Epithels, Epithelmetaplasien.

Die mittlere Muschel besass hohes Flimmerepithel und im vorderen Drittheil, wo sich später beim Erwachsenen in der Tunica propria fast constant viel Pigment findet, eine stattliche Quantität von goldgelben Farbstoffzellzügen.

Die Epithelneubildungen bestanden in ihren ersten Anfängen aus einer Lage rundlicher oder ovoider, häufig zur Basis spitz zulaufender Zellen mit meist grossem Kern (Fig. 4, 5, 6 nZ_1). An anderen Stellen waren sie mehr polygonal geworden (Fig. 4 nZ_2), an wieder anderen streckten sie sich bereits zur Cylinderzellenform. Aber die bereits unzweifelhaft cylindrischen Neoproducte verleugneten doch nicht ihre Provenienz. Die grossen Zellkerne und die abgerundeten Zellköpfe waren recht characteristisch (Fig. 6 nZ_2). Mit der Ausbildung der Cylinderzellenform war zugleich vielfach die Entwicklung von deutlichen Ersatzzellen verbunden (Fig. 6 Ez).

Auch in diesem Fall nahm die Zellneubildung von den Lacunen[6]) und Drüsenausführungsgängen ihren Ursprung — ja in 1 Schnitt gelang es mir, in einer Lacune noch eine Mitose (Knäuelform) nachzuweisen. — Dass auch directe Kerntheilung passirt, lehrt Fig. 7 M.

Die von Oertel beobachtete Neubildung von Epithelzellen aus grossen, vom Bindegewebe abstammenden Bildungszellen habe ich in den mir zur Disposition stehenden Fällen nicht bestätigen können. Ich glaube vielmehr auf Grund der gemachten Erfahrungen an dem Satz von der Specificität der einzelnen Gewebe festhalten zu müssen.

---

[6]) Uebrigens handelte es sich nicht immer um einfache Buchten, sondern mehrfach um Einsenkungen, die durch ein Sept. getheilt waren — also complicirter construirte Lacunen — in die dann gewöhnlich Drüsenausführungsgänge mündeten.

Digitized by Google

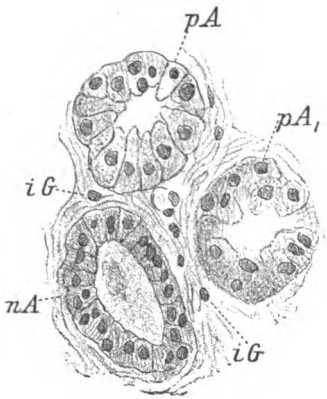


Fig. 1.

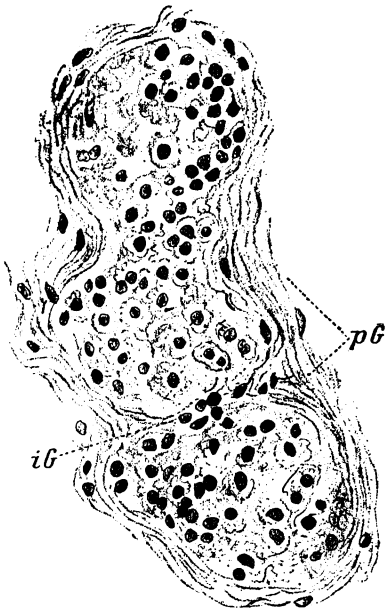


Fig. 1a.

Fig. 1b.

Fig. 1c.

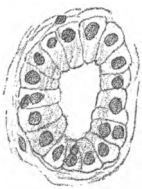


Fig. 2a.

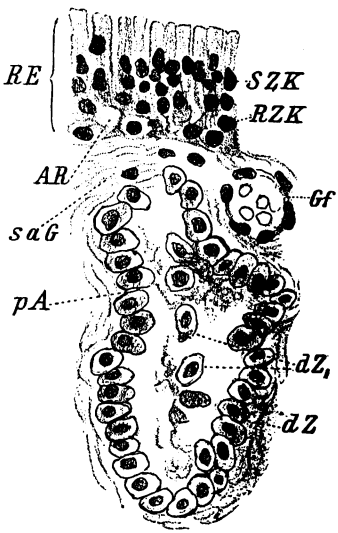


Fig. 2.

Digitized by Google

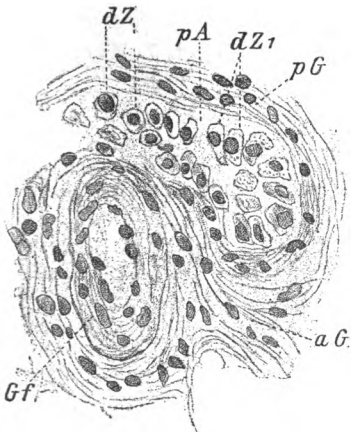


Fig. 3.

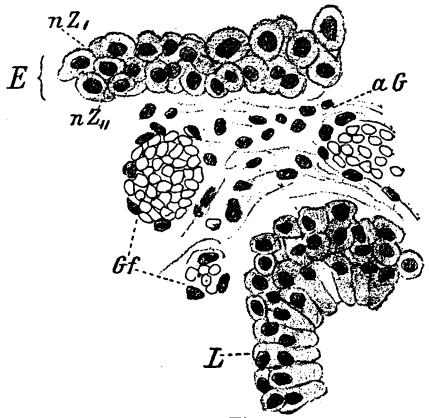


Fig. 4.

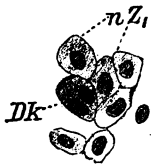


Fig. 5.

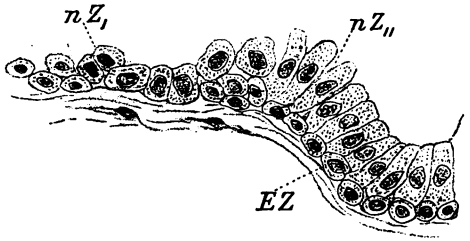


Fig. 6.

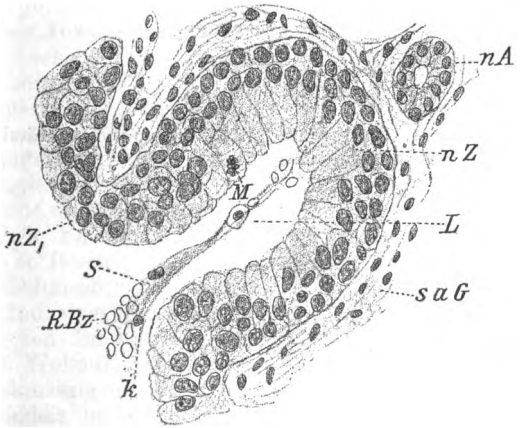


Fig. 7.

Digitized by Google

Erklärung der Figuren.

Fig. 1—1c: $2^3/_4$jähr. Mädchen Lucie Stüssi (Ocul. 4, Object. 7, Hartnack).

Fig. 1. Regio respir. Mitte des Sept. narium vis-à-vis dem mittl. Nasengang. Drüsenalveolen.
- n A = normaler Alveolus.
- p A = periphere Trennung der Zellen an ihren Kopfenden.
- p A_1 = weiteres Stadium der Trennung der Zellen von einander, zugleich verbunden mit einer Verflüssigung des Protoplasma's an ihren Kopfenden.
- i G = interacinöses Gewebe.

Fig. 1a. Hydropische Aufquellung der Drüsenzellen, die nur z. Th. ihre scharfen Conturen behalten und in's Lumen des Acinus fallen, um dann eliminirt zu werden. — Z. Th. auch aufgelöste Zellen.
- p G = periacinöses Gewebe.
- i G = interacinöses Gewebe.

Fig. 1b. Abhebung des Alveolarepithels in toto.

Fig. 1c. Weitere Veränderungen der desquamirten Zellen.

Fig. 2: Amann, $1^1/_2$jähr. Knabe. Regio olfactoria. Desquamation der Drüsenzellen.
- R E = Riechepithel.
- SZK = Stützzellkerne.
- RZK = Riechzellenkerne.
- A R = ausgefallene Riechzelle.
- Gf = Gefäss.
- p A = Bowman'scher Drüsenschlauch dilatirt — desquamirte Zellen, die sich soeben abheben (d Z) und solche, die bereits in's Lumen des Drüsenschlauchs gefallen sind (d Z_1).

Fig. 2a. Durchschnitt durch eine normale Bowman'sche Drüse.

Fig. 3. Desquamation des Drüsenepithels. Bezeichnung wie oben.

Fig. 4—7: Caroline Meyer, $5^1/_2$jähr. Kind. Regeneration des Epithels nach Diphtherit. nasi.

Fig. 4. E = Epithel (regenerirt). — Rundliche, polygonale und spitz ovale Zellen.
- Gf = Gefäss.
- a G = adenoides Gewebe.
- L = Lacune.

Fig. 5. D K = directe Kerntheilung.

Fig. 6. Regenerirtes Epithel.
- n Z_1 = früheres Stadium.
- n Z_2 = weiter ausgebildete Zellen.
- Ez = Ersatzzellen.

Fig. 7. Lacune mit erhaltenem Epithel — von den Rändern derselben geht die Epithelneubildung aus (n Z_1).
- M = Mitose (Knäuelfigur).
- n A = normaler Alveolus.
- n Z = normales 2schichtiges Cylinderepithel.
- L = Lacune.
- S a G = subepithel. adenoides Gewebe.
- K = freie Kerne.
- R Bz = rothe Blutkörperchen.
- S = Schleim.

Digitized by Google

II. Kritiken.

Die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, ihre Ursachen und ihre Verhütung. Eine statistisch-otologische Studie von Privatdocent Dr. Chr. Lemcke, Director der Universitäts-Poliklinik für Ohren- und Kehlkopfkranke in Rostock i. M. Mit einem Schema und einer Karte. Leipzig. Verlag von Alfred Langkammer. 1892.

Diese ebenso interessante als lehrreiche Studie basirt auf dem Ergebnisse der Volkszählung vom 1. December 1885, von welcher die Abschriften der Zählkarten durch die grossherzogliche Regierung dem Verfasser zur Verfügung gestellt wurden. Derselbe scheute nicht die Mühe, jeden der Adresse nach bezeichneten Taubstummen in dessen Domicil persönlich zu untersuchen, um über Anamnese, sociale und hygienische Bedingungen, unter denen der Kranke und dessen Familie lebten, den verlässlichsten Aufschluss zu bekommen. Er ging dabei nach dem von Hartmann und Schmaltz modificirten und etwas anders gruppirten Fragebogen des Cölner Vereines vor, wobei noch dem Status praesens eine besondere Gruppe von Rubriken gewidmet wurde.

Die allgemeine statistische Uebersicht weist nach Correction der durch die Volkszählung erhaltenen Daten 275 männliche und 258 weibliche Taubstumme auf, über deren Vertheilung eine Tabelle und eine Landkarte orientirt. Bei Berücksichtigung des Wohnortes erscheinen die Städte, bei Berücksichtigung des Geburtsortes jedoch das platte Land stärker belastet.

Die Untersuchung der Ursachen der Taubstummheit ergiebt, dass die Taubstummenhäufigkeit nicht beeinflusst ist von terrestrischen Bedingungen, insbesondere nicht von der Gestaltung und geologischen Beschaffenheit des Bodens, auch nicht vom Wasser in seinen verschiedenen Erscheinungsformen. Von socialen Ursachen erweist sich die Wohndichtigkeit in sofern von Einfluss, als die mehrbevölkerten Orte die an Taubstummen ärmerer sind, wohl, weil dort ärztliche Hilfe häufiger gesucht und gefunden wird. Der Race nach waren die von germanischen Abkömmlingen bewohnten Gebiete mehr von Taubstummheit heimgesucht als die wendischen. Dass die Zahl der taubstummen Semiten, welche die Durchschnittsquote um 3,7‰ übertraf, nicht allein auf die bei denselben häufigeren consanguinen Ehen zurückzuführen sei, erhellt daraus, dass der eine der 3 gefundenen Taubstummen von nicht verwandten Eltern stammte, ein aus consanguiner Ehe entsprossener im 3. Jahre durch Meningitis, ein dritter durch Scharlach ertaubt war. Von den diversen Berufsarten zeigten sich Land- und Forstwirthschaft, Industrie und Lohnarbeit besonders belastet, wobei sich erwies, dass nicht nur der Mangel an Besitz, sondern auch die von Eltern beeinflussbaren hygienischen Verhältnisse, sowie einige oft als Hausindustrie angetroffene Zweige der Industrie und die mit grösseren hygienischen Schädlichkeiten verknüpften von Einfluss waren. Hygienische Missstände fand L. in 258 von 475 Wohnungen; hierbei sind die ländlichen Wohnungen wegen ihrer unzweckmässigen Bauart und Nachbarschaft von Ställen und Jauche-Pfützen besonders betheiligt.

Von den individuellen Ursachen wird hervorgehoben, dass die

Digitized by Google

Altersverhältnisse der Eltern zur Zeit der Eheschliessung weniger als ätiologische Factoren anzusehen sind, als pathologische Belastung und überstandene Krankheiten. In den meisten Familien, wo Taubstumme sind, fällt grosser Kinderreichthum mit schnell auf einander folgenden Geburten zusammen und dies wieder vorzüglich bei den ärmeren Berufsklassen, wo auch die Kinderernährung die ungünstigste und die Kindersterblichkeit die grösste ist. Das Urtheil über den Einfluss der Verwandtenehen fasst L. dahin zusammen, „dass in Mecklenburg verhältnissmässig viele Taubstumme aus consanguinen Ehen stammen, dass aber auch der grössere Theil der verwandten Ehegatten erblich belastet war. Das Heirathen unter Verwandten dürfte wohl die vorhandenen Noxen unterstützen, aber ohne diese dürften consanguine Ehen die Ertaubungsgefahr für die Nachkommenschaft kaum erhöhen. Die Hauptrolle spielt hierbei die Belastung mit Taubstummheit und Ohrenkrankheiten, besonders in Familien, wo noch constitutionelle Leiden vorkamen und in welchen Fällen die Taubstummheit meist acquirirt war.

Die Taubstummheit lässt sich darum nicht auf ein specifisches Agens zurückführen, vielmehr sind mehrere Ursachen anzunehmen, deren jede ausnahmsweise allein das Gebrechen erzeugen kann, von denen aber meist mehrere zusammenwirken. Für Bircher's Annahme eines specifischen Microorganismus fehlt in Mecklenburg jeglicher Anhalt.

In 55 % der Fälle war die Taubstummheit erworben, wobei Gehirnkrankheiten (z. Th. als Folge von Ohrenleiden) und Scharlach die Hauptrolle spielten; in 62 % der Fälle von erworbener Taubstummheit muss die Möglichkeit einer Abwehr des Gebrechens durch rechtzeitige sachgemässe Behandlung behauptet werden. Das Schlusskapitel giebt die localen und allgemeinen Befunde der Taubstummenuntersuchung.

Die Thatsache, dass die mittlere Lebensdauer der Taubstummen in Mecklenburg die der Vollsinnigen übertrifft, zusammen mit der Constatirung der Todesursachen widerstreitet der Ansicht Kussmaul's, dass Taubstummheit zu constitutionellen Krankheiten, besonders Lungentuberculose prädisponirt.

Scrophulose fand sich bei 16,7 %, ausgesprochene Tuberculose bei 2,7 %, Rhachitis bei 4,8 %, Lues bei 0,4 %, Erkrankung des Nervensystemes und der Psyche bei 10,4 %, Sehstörungen bei 5,6 % aller Fälle. (Letztere bei Taubgeborenen weit häufiger als bei Taubgewordenen).

Von localen Befunden seien erwähnt: Missbildungen der Ohrmuschel, Häufigkeit von Ceruminalpfröpfen (22 %), welche wohl wegen des Ausfalles des Gehörs mit grösserer Indolenz ertragen wurden; einmal völliger, narbiger Verschluss des Gehörganges nach Scharlach. Auffallend war an etwa $^2/_3$ aller Taubstummen eine Hypaesthesie und Hypalgesie des Gehörganges, Trommelfelles und Mittelohres. Die übrigen Befunde sind in 13 Tabellen specificirt. In 25,7 % der Fälle war der die Taubstummheit verschuldende Process zur Zeit der Untersuchung noch florid und war keine Behandlung eingeleitet. Veränderungen des Nasenrachenraumes wurden in 58,8 % constatirt, in 26,8 % der Fälle war eine ursächliche Bedeutung für die Entstehung der Taubstummheit anzunehmen. Von 441 Explorirten zeigten 342 einen normalen Kehlkopf, 37 auffallend schmale und dünne Stimmbänder (vielleicht Inactivitätsatrophie). Die Kopfmessungen ergaben ein Zurückbleiben der

Digitized by Google

Taubstummen in jeder Altersperiode hinter den gleichalterigen Vollsinnigen. Der quere Kopfdurchmesser wurde bedeutender und in allen Wachsthumsperioden gleichmässiger verkleinert gefunden als der gerade. Die Hörprüfungen ergaben: Von sämmtlichen Taubstummen des Landes sind 43,7 % ohne jedes Gehör. Von den Taubgeborenen sind 39,7 %, von den sicher Taubgewordenen 48 %, von den Taubstummen mit unbekannter Entstehung ihres Leidens: 36,4 % Totaltaube.

Bei 7,3 % aller Taubstummen liess sich nicht constatiren, ob noch ein Rest von Hörvermögen vorhanden sei, sicher nachgewiesene Hörfähigkeit hatten 48,7 %, aber nur bei 8,4 % war sie für den Verkehr mit den Mitmenschen hinreichend.

Verhältnissmässig häufig constatirte L., „dass, wenn mehrere taubgeborene Kinder in einer Familie vorhanden waren, das älteste, oder die älteren am schlechtesten, oder gar nicht hörten, während die später geborenen Hörfähigkeit besassen, die um so beträchtlicher ausfiel, je weiter die später geborenen Kinder in der Geburtsfolge von den älteren getrennt waren."

Das inzwischen bekannt gewordene Ergebniss der Volkszählung von 1890 (251 männliche, 248 weibliche Taubstumme) vermag an den Resultaten der mitgetheilten Untersuchungen des verdienstvollen Verfassers nichts zu ändern.

Die im Vorangehenden besprochenen Verhältnisse sind in 36 im Texte vertheilten, zum Theil sehr umfangreichen Tabellen dargelegt. Dem Buche ist eine Copie des den Untersuchungen zu Grunde liegenden Fragebogens, sowie eine Landkarte in Farbendruck, mit Einzeichnung der geologischen Verhältnisse und besonderer Hervorhebung der einzelnen Taubstummengeburtsorte beigegeben. Der werthvollen Abhandlung des Verfassers hat die Verlagsbuchhandlung durch eine schöne Ausstattung des Werkes zu entsprechen gesucht. Hitschmann.

III. Referate.

a) Otologische:

Skioptikon-Demonstration von Präparaten des Ohres, der Stirnhöhle, der Highmorshöhle und der Nasenscheidewand. Von Dr. Hartmann. (Sitzungsbericht der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 14. December 1892. Sonderabdruck aus der Berliner klinischen Wochenschrift No. 3, 1893.)

Nach einleitenden Worten über Skioptikon-Demonstrationen im Allgemeinen zeigt H. 2 Präparate von schlitzförmigen Verengerungen des äusseren Gehörganges, die in der Literatur als Exostosen beschrieben sind. Da die Verdickungen sich auf den früheren Annulus tympanicus beschränken, die Schuppe frei bleibt, sind sie als allgemeine Hyperplasie der Pars tympanica zu betrachten; sie sind fast ausnahmslos beiderseitig. — Ein anderes Präparat zeigt beiderseits Fehlen des äusseren Gehörganges bei einem Neugeborenen, und zwar fehlt der Annulus tympanicus; das Trommelfell ist durch eine derbe, ca. linsengrosse Membran ersetzt,

Digitized by Google

deren hinterer Fläche die unregelmässig gebildeten Gehörknöchelchen aufgelagert sind. — Einige Horizontalschnitte durch Schläfenbeine orientiren über Verhältnisse, die bei Eröffnung des Warzenfortsatzes in Betracht kommen.

Zwei Durchschnitte durch den innersten Theil des äusseren Gehörganges, senkrecht zur Gehörgangsachse, zeigen, dass bei der von Küster vorgeschlagenen Abtragung der hinteren Gehörgangswand bis zur Paukenhöhle eine Verletzung des unmittelbar benachbarten Facialiskanales und eines stark vorspringenden Halbcirkelcanals leicht möglich sei.

Drei senkrecht zum Trommelfell durch die Paukenhöhle geführte Schnitte veranschaulichen die Verhältnisse des oberen Trommelhöhlenraumes, welchen H. nach Abmeisselung der oberen Gehörgangswand zu eröffnen seinerzeit vorgeschlagen hat.

Sodann wird an einigen Präparaten die beim letzten Chirurgencongresse besprochene Topographie der Stirnhöhle und des Ductus nasofrontalis demonstrirt.[1]) Frontalschnitte durch die Nase zeigen die topographischen Verhältnisse der Highmorshöhle, die oft gefährliche Nähe der Orbita und die dünnste Stelle der medianen Wand der Höhle im mittleren Nasengange, wo man oft Knochenlücken findet, so dass man nach Durchstossung der Schleimhaut gleich in das Antrum gelangt. Wenn sich, wie an einem demonstrirten Präparate, die Highmorshöhle nicht bis zum Alveolarfortsatze erstreckt, so kann man bei der Operation von der Fossa canina aus direct in die Nasenhöhle gelangen Eine knöcherne Scheidewand trennt hier die Höhle in eine hintere, die in den oberen, und in eine vordere, die in den mittleren Nasengang mündet.

Es folgen Präparate von Schwellung und Cystenbildung der Schleimhaut, sowie von Kiefercysten.

Die nächsten Bilder zeigen leisten- und dornförmige Verdickungen der Nasenscheidewand zwischen Vomer und Lamina perpendicularis und Cartilago quadrangularis, an deren vorderem Ende der Sitz der habituellen Nasenblutungen zu sein pflegt, ferner Verbiegungen und Einknickungen des Septum, welche wegen Verlegung des unteren Nasenganges die 1882 von H. empfohlene partielle Resection mit Erhaltung der Schleimhaut indiciren würden.

In der nachfolgenden Diskussion hebt Virchow hervor, dass er in Uebereinstimmung mit dem Vortragenden schon vor Jahren bei der Untersuchung westamerikanischer Schädel die Ansicht gewann, dass die mehr diffusen Hyperostosen von den eigentlichen Exostosen, welche einen sehr typischen Sitz hätten, verschieden seien. In dem neuen Atlas der Crania americana werde eine ganze Folie dazu bestimmt sein, die Exostosen der Peruaner in ihren verschiedenen Graden darzustellen.

Hitschmann.

Clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean. Service du Dr. Ch. Delstanche. Compte rendu statistique, du Ier avril 1888 au 1 er octobre 1891 par le Dr. Hennebert. (Journal de Médecine, de chirurgie et de pharmacologie. Bruxelles, 1892, No. 48.)

Von den in den $3^1/_2$ Berichtsjahren behandelten 4197 Kranken

[1]) Cfr. No. 1, 1893, dieser Zeitschrift.

Digitized by Google

litten 3469 an Ohrenkrankheiten, 728 an Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Am häufigsten waren: Catarrhe der Tuben und des Mittelohres, Ohrenschmalzansammlung, eitrige Mittelohrentzündung (von denen 4—5 % mit Affection des Warzenfortsatzes), hypertrophische und atrophische Rhinitis, adenoïde Vegetationen.

Von den 7 beobachteten Fällen von Othämatom waren 2 traumatischen Ursprungs. Die Therapie bestand in Application von erweichtem und allen Unebenheiten der Ohrmuschel genau angepasstem Pappendeckel, welcher nach seiner Erstarrung die Schrumpfung der Ohrmuschel, die sonst dem Othämatom zu folgen pflegt, verhütet. Sie war immer zufriedenstellend. Gehörgangsfurunkel wurden mit gutem Erfolge mit Carbolglycerin behandelt. War der Furunkel genügend gereift, so brachte D. durch Druck mit der inneren Oeffnung des Ohrtrichters die verdünnte Haut zum Platzen und drückte sodann den Inhalt des Furunkels aus. Als Vorzüge dieses „Expressionsverfahrens" werden gerühmt: verringerte Gefahr der Infection der Umgebung, weil der Pfropf als Ganzes entfernt wird, minimale Blutung, Verschonung des Patienten mit dem Anblicke des Messers und dem Gedanken einer Operation. Wo jedoch die Cutis nicht dünn genug erscheint, soll sie vorher mit der Paracentesennadel geöffnet werden. — Exostosen wurden 4 Mal beobachtet, einmal mit interessanten nervösen Erscheinungen in Folge von Eiterretention.

Als sehr seltener Befund wird die Fractur der vorderen Wand beider Gehörgänge erwähnt, durch Sturz auf das Kinn während eines epileptischen Anfalles entstanden, beide Trommelfelle waren normal. Der Kranke entzog sich weiterer Beobachtung.

Im Winter 1889/90 und 1890/91 kam im Gefolge der Influenza-Epidemien die charakteristische Otitis externa haemorrhagica zur Beobachtung. Seither wurde sie nicht mehr gesehen. Von 835 Fällen eitriger Otitis betrafen 5 syphilitische Individuen, ohne einen besonderen Befund darzubieten.

Die Otorrhoe wurde fast nur mit Acidum boracic. in pulvere behandelt, ein Gemenge von Borsäure und Dermatol āā part. aequal. kann empfohlen werden; Aristol befriedigte nicht. — Wucherungen im Ohre wurden ausschliesslich mit Chlorzink geätzt, die dadurch hervorgerufenen Schmerzen momentan durch Einträufelung von 5 % Cocaïnlösung gestillt.

Von den 340 Sclerosen zeigten 198 normale, 142 verminderte oder geschwundene Beweglichkeit des Hammergriffes.

Ueber die günstigen Heilerfolge der forcirten Injectionen von Vaselin per tubam soll an anderer Stelle referirt werden. — Unter 53 Taubstummen fand sich ein Kind, dessen Eltern beide taubstumm waren.

Zum Schlusse werden 3 Fälle von Labyrinthverletzung in Folge von Kratzen im Ohre mit Stricknadeln ausführlich mitgetheilt Eine Patientin starb unter Erscheinungen der acuten Meningitis. Die Section wurde nicht gestattet. In den beiden anderen Fällen wurde durch Rarefaction und Vaselineintreibungen der Schwindel und die bestehenden Geräusche behoben, das Gehör blieb natürlich auf der betreffenden Seite verloren.

Hitschmann.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Angeborener Verschluss eines Nasenloches. Von Dr. O. Hovorka Edler v. Zderas, Assistent am k. k. anatomischen Institute zu Wien. (Sep.-Abdr. aus der „Wiener klin. Wochenschrift", No. 40, 1892.)

H. fand an der Leiche eines an Lungentuberculose gestorbenen Mannes, in dessen Anamnese kein die Nase betreffendes Trauma vorkommt, folgende Verhältnisse: Schiefstand der etwas eingesattelten Nase, die jedoch anders geformt ist, als die syphilitischen Sattelnasen, bedeutende Unregelmässigkeit des übrigen Gesichtsskelettes, Verschluss des rechten Nasenloches durch eine trichterförmige, derbfibröse, mit Härchen tragender Epidermis bekleidete Membran, keinerlei Spuren eines Trauma oder destructiven Prozesses, aber geringe Deviation des Septum, Synechien und eine Crista lateralis vomeris.

Da nach Angabe der Mutter des Verstorbenen derselbe schon als Säugling eine Anomalie der Nase zeigte, Residuen eines Trauma oder ulcerativen Prozesses, wie Narben, Fracturen, Callus fehlen, glaubt H. vorliegende Abnormität für eine in der späteren Embryonalzeit entstandene, vielleicht eine epitheliale Verklebung halten zu dürfen.

Hitschmann.

Ein Stück Pfirsichkern während 3 Tagen im Nasenrachenraum. (Un cas de corps étranger (morceau de pêche) resté pendant trois jours dans le pharynx nasal.) Von Dr. Saint-Hilaire. (Bulletin et Mémoires de la société de laryngologie de Paris, Februar 1892.)

Das Rhinoscop liess rechts oberhalb des hinteren Endes der unteren Nasenmuschel einen mit blutigem Schleim bedeckten, haselnussgrossen Tumor entdecken; mittelst gebogener Sonde wurde der Tumor beweglich gemacht und er fiel in den Mund. Blutung und Entzündung hörten bald auf. Dr. P. K.

Grosse Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand während Typhus. (Perforation étendue du cartilage de la cloison du nez dans la fièvre typhoide.) Von Dr. Gellé. (Bulletin et Mémoires de la société de laryngologie de Paris, Juni 1891.)

Typhus bringt durch sich selbst eine verminderte Resistenz der Gewebe, welche dann durch Reiben, Druck, häufige Berührung derselben Stelle zur Zerstörung führt. Patient hatte häufiges Nasenbluten und kratzte viel an der betreffenden Stelle. Dr. P. K.

Antisepsis oder Asepsis in der Nasenchirurgie? Von Dr. W. Freudenthal in New-York. (Aus der „New-Yorker medicinischen Monatsschrift", Februar 1893.)

Vor der Beantwortung dieser wichtigen Frage hat man sich darüber klar zu sein: 1) Ist eine strenge Antisepsis in der Nasenchirurgie möglich? 2) Ist sie nothwendig?

Die Wahrscheinlichkeit der Antiseptik in diesem an Septis, Recessus, Nebenhöhlen so reichen Organe ist eine sehr geringe. Selbst wenn die

Digitized by Google

Nase durch desinficirende Bespülungen u. dergl. für einen Moment keimfrei gemacht ist, dringen mit der nächsten Inspiration wieder von aussen oder vom Rachen her Mikroorganismen ein. Dass die Operation selbst von reinen Händen mit reinen Instrumenten ausgeführt werden muss, ist selbstverständlich. Die Nachbehandlung wollen die Einen geschlossen, die Anderen offen durchgeführt sehen. Ein Verband, der selbst die kleinsten Gänge der Nase hermetisch abschliesst, ist undurchführbar; er würde die Circulation in den Gefässen des Gesichts stören, Oedeme bis zur Stirne hinauf verursachen, als Fremdkörper irritirend wirken und durch Reizung der Drüsen erhöhte Secretion und damit Feuchtigkeit, den besten Nährboden für die Bacterien, erzeugen. — Die Antiseptik in der Nasenchirurgie erscheint aber auch nicht nöthig, wenn man die noch ungünstigeren Verhältnisse bei Geburten und gynäkologischen Operationen, bei welchen sich immer mehr die Asepsis einbürgert, bedenkt. Salicyl, Carbolsäure und ganz besonders Sublimat zerstören sogar die physiologische Function der Nasenschleimhaut, schädigen also geradezu.

F.'s Erfahrungen an über 600 Operationen adenoider Vegetationen mit Meyer's Ringmesser und Gottstein's Curette, nach welchen stets nur ein leichtes Gurgelwasser gegeben wurde und nie Sepsis folgte, beweisen die Unnöthigkeit der Antiseptica und die genügende Vis medicatrix naturae. Die Heilungsresultate müssten immer ideale sein, wenn sich nicht die Patienten nachträglich zu Hause inficirten. F.'s darauf gerichtete Erhebungen ergaben, dass 40 pCt. aller nach der Operation eingetretenen stärkeren Erscheinungen auf eine direct nachweisbare Infection im Hause durch Angina, Diphtherie, Masern, Scharlach oder andere Krankheiten zurückzuführen sind.

F.'s Verfahren ist folgendes: Nur wenn anders nicht entfernbare Secretmassen da sind, wird mit sterilisirtem Wasser oder Tavel's Sodasalzlösung (7½ ‰ Kochsalz und 2½ ‰ Natr. calcin.) ausgespritzt. Nach Application einer sauberen Cocainlösung soll sich Patient schneuzen, um das Operationsfeld mit dem aseptischen Drüsensecret zu berieseln, worauf die Operation folgen kann. Nach derselben soll sofort die Blutung gestillt werden; dann überzieht eine dicke Blutschichte die ganze Wunde und die Schutzstoffe des Serum verhindern vorläufig jede Infection. Um diese natürliche Schutzdecke zu erhalten, pinselt F. eine Schichte besonders dick präparirten Collodiums über die Wunde und bestreicht dieselbe täglich damit. Die Nachbehandlung ist eine offene. F. benutzt nur, wenn es nothwendig ist, lauwarmes Wasser oder die Tavel'sche Lösung. Zum Schluss kommt in die Nase noch etwas sterilisirte Watta.

Hitschmann.

Nasendouche ohne Gefahr. (Douche nasale sans danger.) Von Dr. Dundas Grant. (Association médicale britannique, séance de Juillet 1892 und Revue de laryngologie No. 22, 1892.)

Statt der gewöhnlichen Nasenolive nimmt Verf. eine Olive, welche im Centrum der Eingangsöffnung eine Ausflussröhre hat. Dr. P. K.

Digitized by Google

Weitere Beiträge zur Kenntniss der cantharidinsauren Natrontherapie. Von Oscar Schultze, cand. med. Aus dem Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkrankheiten von Dr. Gerber in Königsberg. (Separat-Abdruck aus der „Münchener medic. Wochenschrift", No. 48, 1892.)

Nach ausführlicher Wiedergabe der meisten Publicationen über die therapeutische Anwendung des cantharidinsauren Natron, theilt Verfasser die Krankengeschichten der 21 von ihm ambulatorisch behandelten Patienten mit und resumirt dann die an denselben gemachten Beobachtungen. Behandelt wurden 4 Patienten mit Tuberculose des Larynx und der Lungen von relativ gutem Allgemeinbefinden, ein Fall von Lupus der Nase, Mundrachenhöhle und Larynx, 3 Tumoren des Larynx und 13 Fälle von trockenem Catarrh der Nase, des Nasenrachenraumes, Pharynx und Larynx mit acutem, subacutem und chronischem Verlaufe, zuerst mit Dosen von 0,0001, dann von 0,0002 cantharidinsauren Natron's. Da fast immer ausserordentlich heftige Schmerzen auftraten, wurde cantharidinsaures Kali gar nicht versucht.

Als locale Reaction zeigte sich nur einmal eine bald spontan schwindende Infiltration an der Injectionsstelle. Albuminurie trat in 33 1/3 pCt. der Fälle, einmal mit starkem Tenesmus vesicae auf, Fieber nur einmal, oft aber Gliederschmerzen, Mattigkeit und Appetitmangel. Der therapeutische Erfolg befriedigte nicht. Zwar liess sich fast immer Steigerung des Feuchtigkeitsgehaltes der kranken Schleimhäute, Abstossung eingedickter Secrete und festsitzender Borken, Verminderung des Trockenheitsgefühles, Hustenreizes und Erleichterung der Expectoration constatiren, jedoch niemals von einiger Dauer. Beeinflussung tuberculöser und lupöser Prozesse äusserte sich ebenfalls nur in schnellerer Entfernung von Eiter und Schleim, nicht aber durch Beeinflussung der Ulcera und Tumoren. Nur ein stecknadelkopfgrosser Epitheldefect heilte, freilich bei gleichzeitiger Creosottherapie. Eben so wenig bildeten sich andere Tumoren und Geschwüre des Larynx zurück. Hitschmann.

Tampons von Glycerinwatte bei atrophischer Rhinitis. (Boulettes de coton glycérinées dans la rhinite atrophique.) Von Dr. H. F. Irin. (Journal of ophtalmol., otol. and laryngologie, Janvier 1892 und Revue de laryngol. No. 23, 1892.)

Mit Glycerin getränkte Tampons von antiseptischer Watte werden abwechselnd in jedes Nasenloch eingeführt, ungefähr 10 Minuten liegen gelassen und dann ausgeschnupft; es bildet sich eine wohlthuende Hypersecretion, welche die Krusten und den schlechten Geruch entfernt und etwa 24 Stunden nachwirkt; diese kleine Operation wird Anfangs 2 Mal täglich, nachher seltener gemacht; die ganze Behandlung muss ein Jahr fortgesetzt werden. Verf. gesteht selbst ein, dass er nicht alle Fälle mit dieser seiner Methode geheilt hat. Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Lymphom der Mandeln. (Lymphome des amygdales.) Von Dr. Creswell Baber. (Archives of otology, Avril 1892 und Revue mensuelle de laryngologie No. 22, 1892.)

Gestützt auf einen tödtlich endenden, allgemeinen, mit Mandellymphom verbundenen Fall, kommt Verf. zu dem Schluss, dass scheinbare Mandelhypertrophie oft der Ausdruck eines allgemeinen Lymphoms, gerade wie Mandeladenom das beginnende Symptom einer Leucämie sein kann. Dr. P. K.

Syphilitischer Mandelschanker. (Chancre syphilitique de l'amygdale.) Von Dr. Gaube. (Union médicale du Nord-Est No. 2, 1893.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines Falles von primitivem Mandelschanker und betont, dass die Diagnose nicht immer so leicht ist; die Verhärtung der betreffenden Mandel und die retromaxilläre Drüsenschwellung sind die einzigen sicheren Symptome, alle anderen Zeichen sind den übrigen Mandelleiden gemein. Verf. giebt am Ende seiner Arbeit die Differentialdiagnose zwischen Mandelschanker einerseits und Diphtheritis, ulcerirendes Epithelioma, ulcerirende Gumma, Mandelabscess und Mandeltuberculose. Dr. P. K.

Der „Zungengriff" bei der Behandlung des Erstickungstodes durch Cloakengase. (Du „procédé de la langue" dans le traitement de l'asphyxie par le gaz des égouts.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, séance du 22 Novembre 1892.)

Das systematische Ziehen an der Zunge bei Ertrunkenen wurde schon oft mit Erfolg angewandt. Dr. Billot hat das Verfahren nun bei vier aus einer Cloakenöffnung hervorgezogenen scheintodten Patienten mit Erfolg angewandt; bei zweien hatte die gewöhnliche Methode im Stich gelassen. Der Thierarzt Dr. Mutelet belebte mittelst derselben Methode ein asphyctisch geborenes Kalb und räth den Geburtshelfern das Verfahren bei neugeborenen scheintodten Kindern an Dr. Laborde bemerkt, dass es nicht genügt, die Zunge niederzudrücken oder ein Mal hervorzuziehen, sondern dass man aufeinanderfolgende rhythmische Zungentractionen ausführen soll. Dr. P. K.

Fall von Anosmie. (Cas d'anosmie.) Von Dr. E. Schalk. (Medical Record, Mars 1892 und Revue de laryngologie No. 24, 1892.)

Anosmie in Folge eines Falles auf den Kopf; zweitägige Semisomnolenz mit Cheyne-Stokes'schem Athem und Kopfwunde am Occiput; Verletzung also der Nervi olfactorii durch Contrecoup. Die fortbestehende Appetitlosigkeit und Geschmacklosigkeit aller gereichten Speisen führten erst später auf die Anosmie. Verf. knüpft an seine Beschreibung verschiedene practische Bemerkungen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Gangränöse Gingivitis bei Erwachsenen. (Gingivite gangréneuse chez les adultes.) Von Dr. G. A. Richards (Académie de médecine de New-York, séance de 22 Février 1893 und Semaine med. No. 16, 1893.)

Verf. zeigt 2 Fälle von idiopathischer Mundgangrän; beide Patienten hatten keine metallischen Präparate, namentlich kein Quecksilber genossen, und beide unterlagen. Dr. P. K.

Hysterisches Stummsein. (Mutisme hystérique.) Von Dr. Troisier. (France médicale, Avril 1892 und Revue de laryngol. No. 23, 1892.)

Fall von Apsithyria bei einem Manne, alcoholischen Ursprunges, was selten ist. Es bestanden noch andere hysterische Stigmata, welche verschwanden. Dr. P. K.

Behandlung der hysterischen Aphonie. (Du traitement de l'aphonie hystérique.) Von Dr. Bach. (Semaine médicale No. 60, 1892.)

Man muss Alles aufbieten, um einen ersten Ton hervorzubringen; letzteres kann sehr oft auf reflectorischem Wege erlangt werden, indem man das Larynxinnere mechanisch oder leicht chemisch reizt und so einen Hustenklang hervorbringt. Ist die Larynxschleimhaut unempfindlich, wie es manchmal vorkommt, so kann man sicher seinen Zweck durch Einspritzen von warmem Wasser oder von Mentholöl in die Trachea erreichen. Ist es der Patientin gelungen, einen sonoren Hustenstoss hervorzubringen, so kann sie das bald ohne Reflex thun und so gelingt es bald, während des freiwilligen, also nicht reflectorischen Hustens die verschiedenen Vocale hervorzubringen; nachher kann Patientin diese Vocale auch ohne Husten sprechen, später lernt sie Consonanten hinzufügen und noch später ganze Worte und Sätze sprechen. Dr. P. K.

Unaufhörbares Lachen. (Rire inextinguible.) Von Dr. Fédorot. (Union médicale du Nord-Est No. 8, 1892.)

Bei drei Männern und einer Frau, welche mit syphilitischer und hysterischer halbseitiger Lähmung behaftet waren, traten neben der Aphasie und Encephalitis saturnina Anfälle von unaufhörbarem Lachen auf, welche nur auf centrale Ursachen zurückzuführen waren. Dr. P. K.

Zusammennähen des Larynx und der Trachea nach Schnittwunde. (Suture du larynx et de la trachée pour blessure par arme tranchante.) Von Dr. Ricardo Simonini. (Revue de laryngologie No. 22, 1892.)

Selbstmordversuch eines 24jährigen Burschen. Hypochondrie; starke Blutung mit Aphonie und Erstickungsanfällen. Patient musste auf den Bauch gelegt werden. Unterbindung der Blutgefässe. Eine 8 Ctm. breite, im Cricothyroidalinterstitium sich befindende Wunde; in der Mitte war selbe 4 Ctm. klaffend. Verf. entschloss sich zur Vereinigung durch die Naht, wie die älteren Autoren es anriethen; er wandte eine ihm eigene Nähmethode an, welche glückte. Heilung nach 12 Tagen ohne das geringste Fieber. Dr. P. K.

Digitized by Google

Practische Winke für die Diagnose und die Behandlung der Fischgräten im Halse. (Indications pratiques pour le diagnostic et le traitement des arêtes de poisson dans la gorge.) Von Dr. Dundas Grant. (Association médicale britannique, séance de Juillet 1892 und Revue de laryngologie No. 22, 1892.)

Man soll, die Angabe der Patienten nicht beachtend, die Zungentonsille genau untersuchen; findet man den Fremdkörper nicht, so soll man mit der linken Hand statt mit der rechten laryngoscopiren; mittelst Druck auf die Regio submaxillaris während des Phonirens gelingt es, die Gräte sichtbarer zu machen. Dr. P. K.

Ein Fall von Rheumatismus der Larynxmuskeln mit Glottiskrampf verbunden, Tracheotomie, Heilung. (Un cas de rhumatisme musculaire du larynx accompagné de spasme de la glotte; trachéotomie, guérison.) Von Dr. Ch. Goris. (Revue internationale de laryngologie No. 34, 1892.)

Eine 36jährige Frau hat Rheuma der Musculi deltoideus und cucullaris; nach einigen Tagen plötzlich Nachts Athembeschwerden. Stimmbänder leicht geröthet, geschwellt und halbgespannt; Phonation und Schlucken beschwert. Rheumatismus der Abductoren wurde diagnosticirt. Natron salicylicum half nicht. Tracheotomie. Heilung Dr. P. K.

Structur, Phasen und Behandlung der Larynxpapillome. (Phases, nature et traitement des papillomes du larynx.) Von Dr. Massei. (Société italienne de laryngologie, d'otologie et du rhinologie, séance du 26 Octobre 1892 und Revue de laryngologie No. 24, 1892.)

Gleich Garel, Causit und Thort hat Massei auch verschiedene Fälle von spontaner Heilung gesehen. Diese regressive Phase folgt gewöhnlich der sehr gefährlichen progressiven Phase; es giebt nämlich Papillome, welche microscopisch dem Granulom sehr ähnlich sehen, und diese Aehnlichkeit erklärt das spontane Verschwinden. Genügt also die locale Behandlung nicht, so soll man sich auf die einfache Tracheotomie beschränken mit der Nachbehandlung mit scharfem Löffel und Ichthyol; Laryngotomie und Thyrotomie sind als gefährlich zu verwerfen, die Natur heilt besser. Papillome arten nie in bösartige Tumoren aus.

Dr. P. K.

Werth der Dysphagie bei der Behandlung von Syphilis. (Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière gorge.) Von Dr. Garel. (Lyon médical 1892 und Revue de laryngol. No. 22, 1893.)

Dieses Symptom ist eines der sichersten und oft das alleinige Zeichen der Syphilis Es handelt sich natürlich nur um Mandel-, Arcus-, Rachensyphilis; die Larynxdysphagie muss immer ausgeschlossen werden, namentlich die Tuberculose. Die Syphilisdysphagie kommt sowohl als primäres, wie als secundäres und tertiäres Symptom vor und dauert 14 Tage bis 5 Monate. Dr. P. K.

Digitized by Google

Bemerkungen über das acute primäre Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des Jodödemes. Von Dr. Georg Avellis, I. Assistent von Prof. Dr. Moritz Schmidt in Frankfurt a. M. (Separat-Abdruck aus der „Wiener medicinischen Wochenschrift", No. 46—48, 1892.)

Von den der Bezeichnung „acutes Larynxödem" subsummirten Krankheitsformen streicht Verf. zunächst die, von Mackenzie und Salis-Cohen demselben noch beigezählten eitrigen Infiltrationen, welche, wenn diffus, als Larynxphlegmone, wenn circumscript, als Larynxabscess anzusprechen seien. Im Gegensatze zu Bresgen sieht Verf. die Ursache für das acute Larynxödem durchaus nicht immer in einer entzündlichen Reizung, die als Aetiologie für das Jodödem zweifelhaft, für das angioneurotische, nephritische und das plötzliche Oedem bei Impaction eines Fremdkörpers ganz auszuschliessen erscheine, weshalb vielleicht das Larynxödem von der Rubrik „Laryngitis acuta" vollständig abzutrennen sei. Bezüglich der Aetiologie sind auch 2 in ihrem Verlaufe ganz verschiedene Formen zu unterscheiden: 1) Das einfache, nicht infectiöse, benigne acute Oedem. Reicht bei ihm die Luftzufuhr, eventuell nach Tracheotomie hin, ist die Prognose günstig. 2) Das infectiöse, septische, maligne, acute Oedem. Es tödtet nicht durch Erstickung, nicht durch die locale mechanische Affection, sondern durch die allgemeine Intoxication. Ausnahmsfälle mögen auch günstig verlaufen, wie es ja auch noch unaufgeklärt ist, ob ein im Verlaufe einer Infectionskrankheit auftretendes Oedem durchaus immer der zweiten erwähnten Form angehört.

Das Erysipel ist gesondert zu besprechen, da zweifellos ein primäres Larynxerysipel mit Oedem vorkommt, dessen Prognose höchst infaust ist. (Verf. referirt einen kürzlich von ihm beobachteten Fall.)

Die benigne Form des Oedemes umfasst das 1) idiopathische, 2) traumatische, 3) angioneurotische und 4) Arznei-Oedem.

Vom idiopathischen Larynxödem, dessen Ursachen nicht nachweisbar, vielleicht in Erkältung oder Prädisposition zu suchen sind, wird ein Fall aus eigener, ein zweiter aus Gottstein's Beobachtung, dann 2 Fälle von traumatischem Oedem (nach heissem Trunk, hartem Bissen) aus Schmidt's Praxis erzählt.

Als „Arznei-Oedem" wird das mitunter dem Jod-, nach Salis-Cohen auch dem Quecksilbergebrauche folgende acute Larynxödem bezeichnet. Nach Zusammenstellung der bisher publicirten Fälle erzählt A. eine eigene zufällig gemachte Beobachtung. Sie betrifft einen an einer Thorax-Affection mit einseitiger Recurrenslähmung erkrankten Mann. Nach mehrtägigem Gebrauche einer 4procentigen Jodkalilösung zeigte die linke Kehlkopfhälfte ausser einer ganz geringen Schwellung der hinteren Wand nur die Zeichen der Recurrenslähmung, während rechte Kehlkopfhälfte und Stimmband höchstgradig ödematös waren, so dass der Athmung nur ein 2—3 Mm. breiter Raum blieb. Nach 40 Stunden, während welcher Jodkali ausgesetzt, jede locale Therapie aber unterblieben war, erwies sich der Kehlkopf bis auf die Recurrenslähmung normal. A. legt Werth darauf, dass dieses beträchtliche Oedem nur zufällig entdeckt wurde; geringe Oedeme nach Jodkali mögen oft unbeachtet bleiben. Dass nur die nicht gelähmte Seite von Oedem befallen wurde, lässt einen Zusammenhang des Jodödemes mit dem „angioneurotischen Larynxödem" oder zumindest eine nervöse Grundlage als möglich erscheinen, zumal wenn man

Digitized by Google

sich der Beobachtung eines Arterienkrampfes (Rose), von Parästhesien und Fieber (Malachowsky), der Ivresse jodigue (Rilliet) und besonders des unilateralen Jodismus (Rice) nach Jodgebrauch erinnert.

Bei einem zweiten, von Dr. Fischenich dem Verf. mitgetheilten Falle kam es nach dem Gebrauch von 2 Esslöffeln einer 4 procentigen Jodkalilösung zu mässigem Oedem des Kehldeckels und der Aryfalten, welches nach einer Pilocarpin-Injection und dem Aussetzen des Jodkali in einem Tage schwand.

Vor der Hand kann man das Jodödem nur auf eine Idiosynkrasie beziehen, doch wäre dem etwaigen Einfluss der Nerven bei den Jodintoxicationen ganz besonders Aufmerksamkeit zu schenken.

Hitschmann.

Fremdkörper der Speiseröhre. (Corps étranger de l'oesophage.) Von Dr. Terrillon. (Société de chirurgie de Paris, séance du 8 Mars 1893 und Sémaine médicale No. 16, 1893.)

Ein junger Bursche verschluckte ein silbernes Fünffrankenstück; die Untersuchung ergab den Sitz 8 Ctm. oberhalb der Cardia; der Kranke ging nach Hause, die Operation und selbst die Extraction verweigernd. Nach 20 Tagen kam plötzliches massenhaftes Blutbrechen und Tod, wahrscheinlich durch Perforation der Aorta in Folge eines Druckgeschwürs.

Vor 4 Mon. hatte Verf. genau denselben Fall, ebenfalls ein silbernes Fünffrankenstück 8 Ctm. oberhalb der Cardia sitzend; die Extraction durch den Mund gelang nicht; durch die Oesophagotomia externa kam Verf. dem Fremdkörper näher und konnte selben mittelst der Zange entfernen. Heilung.

Dr. P. K.

Notizen.

Die 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte wird vom 11. bis 15. September in Nürnberg tagen. Für die Abtheilung Ohrenheilkunde wurde Herr Dr. Schubert, Augen- und Ohrenarzt (Fleischbrücke 10), als Einführer und Herr Dr. Bauer, Halsspecialist (Füll 12), als Schriftführer bestimmt. Vorträge und Demonstrationen mögen frühzeitig — bis Ende Mai — bei Herrn Dr. Bauer angemeldet werden, da die allgemeinen Einladungen, welche Anfang Juli versendet werden, eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungssitzungen bringen sollen.

XI. internationaler medicinischer Congress in Rom, 24. September bis 1. October 1893.

Der Congress wird am 24. September l. J. im Beisein S. M. des Königs von Italien eröffnet werden.

Die Arbeiten des Congresses werden in 19 Sectionen den 25. September, Morgens, beginnen.

Digitized by Google

Das Ordnungs-Comité der Section Ohrenheilkunde besteht aus den Herren F. Brunetti (Venedig), V. Cozzolino (Neapel), E. de Rossi (Rom), G. Ficano (Palermo), G. Gradenigo (Turin), V. Grazzi (Florenz), G. Longhi (Pavia), G Sapolini (Mailand).

Das Ordnungs-Comité für Laryngologie und Rhinologie bilden die Herren A. D'Aguanno (Palermo), J Dionisio (Turin), F. Egidi (Rom), C. Labus (Mailand), F. Massei (Neapel), G. Masini (Genua), F. Putelli (Venedig), F. Felici (Rom), P. Massucci (Neapel), A. Fasano (Neapel).

Die am Congresse zu haltenden Vorträge müssen bis spätestens 30. Juni 1893 angemeldet werden. Von jedem Vortrage soll ein kurzgefasster Auszug mit den Schlussfolgerungen spätestens am 31. Juli d. J. eingesendet werden.

Die officiellen Sprachen für alle Sitzungen sind: Italienisch, Französisch, Deutsch und Englisch.

Gelegentlich des Congresses wird eine internationale Ausstellung für Medicin und Hygiene in Rom stattfinden. Präsident des Congresses ist Herr Prof. Dr. G. Baccelli (Rom), Schatzmeister Herr Prof. Dr. L. Pagliani (Rom), Secretär Herr Prof. Dr. E. Maragliano (Genua).

Die Beitrittserklärung ist, sowie die Einschreibegebühr, welche 20 Mk. (25 Frcs. — 25 Lire — 1 £) beträgt, an den Schatzmeister Herrn Prof. Dr. Pagliani, General-Sanitäts-Director im Ministerium des Innern in Rom zu senden.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (Fortsetzung). — Suchannek: Weitere Mittheilungen über die acute Rhinitis. — II. Kritiken: Lemcke: Die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, ihre Ursachen und ihre Verhütung. — III. Referate: a) Otologische: Hartmann: Skioptikon-Demonstration von Präparaten des Ohres, der Stirnhöhle, der Highmorshöhle und der Nasenscheidewand. — Delstanche: Clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean. — b) Rhinologische: v. Zderas: Angeborener Verschluss eines Nasenloches. — Saint-Hilaire: Ein Stück Pfirsichkern während 3 Tagen im Nasenrachenraum. — Gellé: Grosse Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand während Typhus. — Freudenthal: Antisepsis oder Asepsis in der Nasenchirurgie? — Grant: Nasendouche ohne Gefahr. — Schultze: Weitere Beiträge zur Kenntniss der cantharidinsauren Natrontherapie. — Irin: Tampons von Glycerinwatte bei atrophischer Rhinitis. — c) Pharyngo-laryngologische: Creswell Baber: Lymphom der Mandeln. — Gaube: Syphilitischer Mandelschanker. — Laborde: Der „Zungengriff" bei der Behandlung des Erstickungstodes durch Cloakengase. — Schalk: Fall von Anosmie. — Richards: Gangränöse Gingivitis bei Erwachsenen. — Troisier: Hysterisches Stummsein. — Bach: Behandlung der hysterischen Aphonie. — Fédorot: Unaufhörbares Lachen. — Simonini: Zusammennähen des Larynx und der Trachea nach Schnittwunde. — Grant: Practische Winke für die Diagnose und die Behandlung der Fischgräten im Halse. — Goris: Ein Fall von Rheumatismus der Larynxmuskeln mit Glottiskrampf verbunden, Tracheotomie, Heilung. — Massei: Structur, Phasen und Behandlung der Larynxpapillome. — Garel: Werth der Dysphagie bei der Behandlung von Syphilis. — Avellis: Bemerkungen über das acute primäre Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des Jodödems. — Terrillon: Fremdkörper der Speiseröhre. — Notizen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. **Berlin, Mai 1893.** **No. 5.**

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen*).

Von

Dr. **B. Gomperz**

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität.

(Fortsetzung zu No. 4, 1893).

So lange die Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes blos mit Durchspülungen per tubam, Aetzungen und Alkoholeinträufelungen behandelt wurden, waren die Resultate recht dürftige. So erzielte z. B. Morpurgo [69]) bei Fistelbildung über dem Processus brevis in 11 Fällen nur 3 Mal Heilung; besser wurden dagegen die Erfolge bei Zuhilfenahme der Ausspülungen mit der gebogenen Canüle; Kretschmann [70]) führt schon unter 15 Fällen 7 an, die er durch blosse Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle heilte; von Schmiegelow's [71]) 54 Fällen wurden

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

[69]) Arch. f. Ohrenhlkde. XIX, pag. 264.

[70]) Ibidem, XXVI, pag. 190.

[71]) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde XXIII, pag. 125.

Digitized by Google

16 bei Verwendung dieser Methode geheilt, 11 gebessert. Hessler[72]) brachte dagegen von 10 Fällen nur 3 zur definitiven Heilung.

Viel günstiger wurden die Heilresultate durch die Einführung der Pulvereinblasungen in den oberen Trommelhöhlenraum, wie die citirten Mittheilungen von Bezold, von mir, Politzer und Siebenmann beweisen.

Ich bringe in Folgendem eine Statistik, welche meine sämmtlichen in der Privatpraxis seit dem Jahre 1886 beobachteten Fälle von chronischen Eiterungsprocessen des oberen Trommelhöhlenraumes betrifft[73]) und geeignet ist, die Erfolge der conservativen gegenüber der operativen Behandlungsmethode zu beleuchten.

Bei dem Umstande, dass ich, der Anregung und dem Beispiele meines verehrten Lehrers, Herrn Prof. Politzer folgend, in mein Protokoll auch die Trommelfellbilder einzuzeichnen pflege, bin ich in der Lage, eine Reihe von Krankengeschichten mit instructiven Abbildungen auszustatten; bei der Auswahl derselben habe ich mich von dem Bestreben leiten lassen, eine möglichst complete Darstellung der bei Erkrankungen des oberen Trommelhöhlenraumes vorkommenden Trommelfellbefunde zu bieten.

I 3./3. 1887. F. H., 8 Jahre alt, Schulmädchen, leidet seit dem achten Lebensmonate an Ausfluss aus dem linken Ohre. Das Trommelfell ist destruirt, bis auf einen Rest an der oberen Peripherie. Der Hammergriff ist bis auf einen kurzen Stumpf zerstört, frei, Eiter und Epidermisfetzen kommen von hinten oben. Acumeter 33 Ctm., Flüsterspr. 30 Ctm., Luftdouche, Ausspülungen, Borsäure, später Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle. 17./3. 1887: Die Otorrhoe hat sistirt, die Mucosa ist blass, Amboss und Steigbügel sind nicht zu sehen, Acumeter 1 Mtr.

13./6., 11./7., 2./10. 1887: Das Ohr ist trocken geblieben; Acum. 4 Mtr. Dieser Zustand wird bei jährlich mehrmaliger Controle stets wieder constatirt.

6./1. 1890. Bei der heutigen Vorstellung findet sich das linke Ohr trocken, die Mucosa nur gegen die Tuba hin leicht hyperämisch, sonst gelb, glänzend; aus der Nische hinten oben ragen weisse Epidermisfetzen vor. Durch Zug mit der Pincette wird ein kleines Cholesteatom entfernt. Das Ohr blieb trocken.

Fig. III.

8./1. 1893. Bei dem jetzt 14jähr. Mädchen, welches ich in der Zwischenzeit alle 2 Monate mindestens 1 Mal sah, hatten sich seit dem 16./2. 1890 noch mehrmals kleine geschichtete Epidermismassen in der Nische zum Antrum gebildet, die sich nach vorheriger Erweichung leicht mit der Pincette oder mit der Hartmann'schen Canüle entfernen liessen. Das Ohr ist jedoch stets trocken, die Mucosa tympani glatt, glänzend, gelblich geblieben: letzte Controle 14./5. 93.

II. 19./1. 1887. J. Kr., Buchhalter, 35 Jahre alt, leidet seit 12 Jahren in Folge einer Erkältung an eitrigem Ausflusse links. Pat. war deshalb schon öfters in Behandlung gewesen, wobei nur gewöhnliche Ausspülungen des Gehörganges und Einstäubungen von Borsäure nebst

[72]) Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. XX.

[73]) Nur vier Fälle, wo ich wegen gleichzeitiger Caries die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes ausführen musste, sind weggelassen.

Digitized by Google

Luftdouchen ausgeführt worden waren; dabei blieb der Ausfluss so stark, dass das Ohr zwei Stunden nach dem Ausspritzen wieder nass war. Als sich der Kranke mir vorstellte, war der Gehörgang links mit Eiter erfüllt; nach der Ausspritzung fanden sich im Spülwasser reichliche weisse Epidermisfetzen; das Trommelfell war lebhaft entzündet, der Hammergriff nicht zu sehen; am oberen Trommelfellpole sass eine, nach hinten unten vom Umbo eine zweite Lücke; aus beiden sickerte Eiter vor, in der oberen waren Epidermisfetzen zu sehen. Pol. Acumeter wurde 90 Ctm., Flüstersprache $^3/_4$ Mtr. weit gehört. Beim Catheterismus entstand deutliches Perforationsgeräusch.

Durch Ausspülung mittelst der in die obere Lücke eingeführten Hartmann'schen Canüle wurden reichliche Mengen eingedickten Eiters und abgestossener Epithelfetzen entfernt. Diese Behandlung nebst Catheterismus und Einträufelungen von Borspiritus wurde mit 2—4tägigen Pausen fortgesetzt; am 7. Februar hatte die Otorrhoe vollständig aufgehört; das Trommelfell war abgeblasst, die untere Lücke hatte sich geschlossen, wobei die dünne Narbe sich dem Promontorium näherte. Die obere blieb offen, kreisrund, ca. 2 Mm. Durchmesser haltend. Die Hörweite war auf $1^1/_2$ Mtr. für den Acumeter gestiegen.

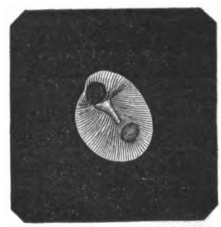


Fig. IV.

Von Beschwerden blieben nur Stiche in der Schläfe zurück, die zeitweise auftraten, und ein Gefühl von Verlegtsein im Ohre, das durch Catheterismus sofort behoben werden konnte. In Intervallen von einer Woche bis zu 2 Monaten stellte sich nun Patient bis October 1888 vor; das Ohr war stets trocken geblieben. Am 3. März 1891 sah ich den Herrn wieder. Das Ohr hatte ihm in der Zwischenzeit gar keine Beschwerden mehr gemacht. Seit 4—5 Tagen empfindet er aber Schmerzen hinter dem Ohre und in der Schläfengegend links, heftigen Schwindel und Kopfschmerz. Das Trommelfell zeigte sich wieder entzündet, die Oeffnung über dem Proc. brevis mit cholesteatomatösen Massen verlegt, welche nach mehreren Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle vollständig heraus befördert werden konnten; am 9. März war das Ohr trocken, das Trommelfell blass; der Schwindel und Kopfschmerz verschwunden. Dieser Zustand ist auch bis zum 26. März 1893 — der Patient besucht mich allmonatlich — unverändert geblieben.

III. S. v. G., Jurist, 24 Jahre alt, stellte sich mir am 15./3. 1887 mit der Angabe vor, seit dem 12. Lebensjahre nach Masern an fortwährendem Ausflusse linkerseits zu leiden. R. waren bis auf Trübung und leichte Retraction des Trommelfelles keine abnormen Verhältnisse, links war Eiter im Gehörgange; das Trommelfell zeigte sich bis auf einen schmalen sichelförmigen Rest an der oberen Peripherie zerstört. Der Hammer war erhalten, dem Promontorium anliegend, die Mucosa tympani epidermisirt, lebhaft entzündet, Acumeter 7 Ctm., Flüstersprache = 0. Therapie: Pol. Verf., Borsäure. 17./3. Acumeter 31 Ctm., der Eiter kommt aus der Nische hinter dem Hammergriffe; Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle. 22./3. Wiederholung dieser Procedur. 30./3. Die Otorrhoe hat sistirt. 6./4. Acumeter 130 Ctm., Trommelfellrest blass, Mucosa narbig. 14./5. höchst geringe Eiterabsonderung hinten oben; Borspiritus.

Digitized by Google

Am 13./9. 1887 sah ich Herrn G. wieder. Die Eiterung hat längst aufgehört; am 30./10. 1888, als ich Herrn G. zum letzten Male sah, war die innere Paukenwand von glattem, glänzenden Narbengewebe überzogen, der Hammergriff dem Promontorium adhaerent, hinten oben das Steigbügel-Ambossgelenk deutlich zu sehen. Die Hörweite für den Acumeter betrug 1 Mtr., für Flüstersprache 60 Ctm.

IV. u. V. A. L., 46 Jahre, Putzerin, stellte sich mir am 4./6. 1887 vor, wegen eitrigen Ausflusses aus beiden Ohren, der bereits 10 Jahre dauerte. An Händen, Füssen und Armen finden sich Narben von ausgeheiltem Lupus. Stat. pr. Beiderseits Eiter im Gehörgange. R. O. Trommelfell getrübt, stark einwärts gezogen. Hinter dem Hammergriffe eine ca. 4 Mm. lange, 2 Mm. breite Lücke, deren unterer Rand mit dem Promontorium verlöthet ist; von oben kommt Eiter. Acum. 21 Ctm., Flüsterspr. 14 Ctm.; beim Pol. Verf. lautes Perforationsgeräusch, nach der Luftdouche keine Hörverbesserung. Beim Siegle'schen Vers. zeigt sich das Trommelfell unbeweglich. L. O. Nur die untere Hälfte ist sichtbar, die obere ist verdeckt durch Epidermismassen; nach kräftiger Ausspritzung sieht man die obere Hälfte des Trommelfelles stark geröthet, nach hinten vom Hammergriffe, an gleicher Stelle wie die Lücke rechts, eine eingezogene Narbe, über dem Proc. brevis eine über 2 Mm. Durchmesser haltende Lücke, aus der Eiter und Epithelfetzen kommen. Acum. 32 Ctm., Flüsterspr. 35 Ctm.; Therapie: Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle, Catheterismus, Borsäure. Am 17./6. sind beide Trommelfelle glatt, glänzend, rechts sieht man das Steigbügel-Ambossgelenk im Bereiche der Lücke, links im Bereiche der Narbe; keine Secretion mehr.

Fig. V.

5./11. 1892 stellt sich Patientin, die ich ab und zu gesehen hatte, wegen heftigen Sausens im linken Ohre wieder vor. Rechts war das Trommelfell glänzend, trocken, links ebenfalls; hinter der Lücke über dem Proc. brevis sass ein derbes Cholesteatom. Nach öfteren erweichenden Einträufelungen gelang es mir, dasselbe mit der Hartmann'schen Canüle auszuspritzen; es war hanfkorngross, perlmutterglänzend und auffallend derb; die Höhle, in der es gesessen hatte, zeigte sich schon am nächsten Tage von glattem blassen Epidermisgewebe bekleidet; mittellaute Sprache, beiderseits 8—9 Mtr. Flüsterspr. rechts 1, links 2 Mtr. 5./1. 1893 Status idem.

VI. L. Gr., 15 J., Maschinenschlosserstochter, kam am 2./9. 1887 zu mir wegen übelriechenden eitrigen Ausflusses rechts, der seit 9 Jahren, nach Scharlach, besteht. Im Gehörgange fand sich theils flüssiger, theils eingedickter, höchst fötider Eiter, die ganze hintere Trommelfellhälfte war von einem ovoiden Polypen bedeckt, die vordere mässig entzündet. Uhr (norm. 2 Mtr.) 1 Ctm. Beim Pol. Verf. hörte ich kein Auscultationsgeräusch. 4./9. Abschnürung des Polypen, 5./9. und 7./9. Entfernung restlicher Granulationsmassen mit dem Politzer'schen Ringmesser, 8./9. Aetzung des Grundes mit Lapis in Substanz. 18./9. Die Otorrhoe hat aufgehört, hinter dem Hammergriffe sieht man oben eine Perforation, aus welcher beim Catheterismus Eiter dringt. Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle; am 25./12 ist die Lücke vollständig

Digitized by Google

vernarbt; hinten oben ist das Stapesköpfchen, jedoch nicht in Verbindung mit dem Ambosse, zu sehen.

Am 9./9. 1888 sah ich die Patientin wieder. Die Narbe war intact geblieben, Uhr rechts 18 Ctm.

VII. Herr Fr. P., 33 J., Geschäftsreisender, der sich mir am 19./10. 1887 vorstellte, erinnert sich, schon in der Kindheit schwerhörig gewesen zu sein. Seit 8 Jahren leidet er an Otorrhoe linkerseits, die nur ab und zu sistirt; 1879 und 1880 wurden Polypen aus dem Ohre entfernt.

Stat. praes. Rechtes Ohr: Trommelfell getrübt, Uhr 3 Mtr.; linkes Ohr: Eiter im Gehörgange, am Trommelfell eine fest haftende Kruste, die erst zwei Tage später abgelöst werden konnte. Nun war ein sehr merkwürdiges Bild zu sehen. Das Trommelfell war mässig entzündet, die obere Trommelfellhälfte wies eine bis an die Peripherie reichende Perforation auf, durch welche hindurch das Steigbügel-Ambossgelenk sichtbar war; der Hammergriff aber fehlte, auch vom Halse war nichts zu sehen; es sah gerade so aus, als ob der Hammer mit den angrenzenden Trommelfelltheilen ausgeschnitten worden wäre; die Mucosa tympani war lebhaft entzündet, Uhr 4 Ctm., Flüstersprache 20 Ctm., Weber nach links, Rinne negativ. Nach dem Catheterismus Uhr 18 Ctm., Flüsterspr. 1½ Mtr. 31./10. 1887. Nach mehrmaligen Ausspülungen des oberen Trommelhöhlenraumes mittelst der Hartmann'schen Canüle hat die Eiterung sistirt.

Fig. VI.

Am 11. December 1888 stellte sich Herr P. wegen frischer Otorrhoe wieder vor. Bis vor 3 Wochen hatte die Heilung angehalten. Der Gehörgang war voll von Eiter, die Trommelfelllücke von Epidermismassen verlegt, die mit der Hartmann'schen Canüle ausgespritzt werden. Uhr 3 Ctm., nach dem Catheterismus 9 Ctm. Am 5./2. 1889 hatte die Eiterung sistirt, um am 9./12. 1889 wieder aufzutreten. Nun behandelte ich den Patienten mit Ausspülungen durch die Hartmann'schen Canüle und nachträglichen Borsäureeinblasungen in den oberen Trommelhöhlenraum, am 27./12. 1889 konnte ich ihn geheilt entlassen; April 1892 theilte mir Herr P. mit, dass sich die Eiterung seitdem nicht wieder eingestellt habe.

VIII. Frau Dr. E. D., 24 J., stellte sich mir zum ersten Male am 28. März 1888 vor. Sie erkrankte 12 Jahre vorher nach dem Eindringen von Wasser in's linke Ohr an Taubheit desselben; rasch folgten Schmerzen, die operative Eingriffe erforderten und Ausfluss, der bald verging. Vor 1½ Jahren entstand wieder eitriger Ausfluss links, der seitdem fortbesteht; öfters überkommt die Patientin kurzdauernder Schwindel.

Die Untersuchung ergiebt rechts normale Verhältnisse; links findet sich im Gehörgange Eiter. Das Trommelfell ist nur mehr in der vorderen Hälfte erhalten, die hintere ist destruirt. Hammer und Perforationsrand sind der inneren Paukenwand adhaerent, über dem Proc. brevis liegt eine Fistel, aus der Eiter dringt. Trommelfell und Mucosa tympani sind allenthalben blass. Politzer's Acum. 48 Ctm., Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle, 1 Mal wöchentlich. Anfangs Mai ist das Ohr trocken.

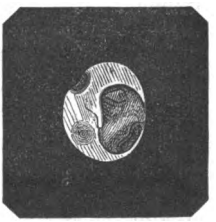


Fig. VII.

Digitized by Google

Am 28. August stellte sich Pat. nach längerer Pause wieder vor; es eitert von oben; gleiche Behandlung wie früher. 1./10. die Eiterung hat vollständig sistirt. 6./10. Entlassung.

Am 9. April 1890 sah ich die Dame wieder. Seit 7 Tagen ist ohne besondere Veranlassung wieder Schmerz und Ausfluss links, Gefühl von Völle und beständiger Lärm aufgetreten.

Im Gehörgange finden sich cholesteatomatöse Fetzen; der Hammergriff mit den angrenzenden Theilen ist verdeckt durch eine von oben herabragende Granulations-Geschwulst. Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Borsäure. 11./4. reichliche Abstossung von Epithelmembranen; Ausspülung mit der H.'schen Canüle, Aetzung mit Liquor ferri. 24./4. nochmalige Auskratzung. 2. Juli 1890 das Ohr ist seit 14 Tagen trocken.

Am 15. December 1891 besuchte mich Frau Dr. D., da wieder Schmerz und Ausfluss aufgetreten sind. Aus der Perforation der M. Shrapnelli ragen polypöse Massen bis über die Hälfte des Hammergriffes herab, unter dem hinteren oberen Rande der Trommelfelllücke Cholesteatommassen. Nach mehreren Einträufelungen gelingt es am 19. December, mit der Hartmann-schen Canüle reichliche Mengen jener Desquamationsproducte auszuspritzen.

Fig. VIII.

2. u. 4. Januar Aetzungen mit Lapis; trotz Cocaïn-Anästhesie heftige Schmerzen. 14. Januar Hammer-Amboss-Excision. Die vordere Trommelfellhälfte blass, der inneren Paukenwand adhaerent, ebenso der Hammergriff. Die hintere Hälfte ist destruirt, die Mucosa tympani zart, gelblichroth. Aus der Fistel über dem Proc. brevis ragen Granulationen vor, der Trommelfellzwickel zwischen beiden Lücken ist stark entzündet.

Operation in tiefer Narcose; Umschneidung des Hammergriffes mit der Paracentesennadel, Ablösung desselben von der Paukenwand mit dem Synechotom, Tenotomie des Tensor tympani, worauf mit dem Schlingenschnürer die Entfernung des Hammers sammt den ihm anhaftenden Granulationen leicht gelingt. Jodolbestäubung—Sublimat-Verband. Abends nur unbedeutende Schmerzen, sonst Euphorie. Die Untersuchung des excidirten Hammers ergab Caries am Kopfe; der Ambosskörper mit abgerundeten Stümpfen der Fortsätze stand mit ihm noch in gelenkiger Verbindung.

15./1. Sehr geringe Secretion, Abtupfen, Jodolpulver. 16./1. Secretion sehr spärlich, serös. 18./1. Secretion gering, eitrig, beim Ausspritzen Schmerz in den Zähnen. 20./1. Beim Ausspritzen, Abtupfen, aber auch spontan, Schmerzen in der Zunge, bis zur Spitze ausstrahlend. Von hinten oben kommt Eiter. 24./1. Fortdauer dieser Symptome, Schmerzen auch im linken Unterkiefer; das Sprechen ist nur bei zusammengepressten Kiefern möglich; seröse Secretion. Hinter der Stelle, die der Hammergriff eingenommen hatte, sitzt eine kleine, stecknadelkopfgrosse, blassrothe Prominenz; berührt man sie mit der Sonde, so wird sofort der in die Zunge ausstrahlende Schmerz gespürt. Verschluss des Ohres mit in Sublimatlösung getränkter Jodolgaze.

Fig. IX.

Digitized by Google

4./2. Seit 10 Tagen keine Absonderung mehr, Mucosa blass, narbig. Die Nischen zum runden und ovalen Fenster, der Canalis Fallopiae, der Zugang zum oberen Trommelhöhlenraum frei sichtbar. 20./4. Seit gestern blutiger Ausfluss; im Gehörgange liegt Blut, aus dem oberen Trommelhöhlenraume drängen sich Epidermismassen vor. 3./5. Bis heute eitriger Ausfluss; Entfernung grösserer Epidermisschollen. 3./6. Durch Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle wird eine erbsengrosse, von Hämorrhagien durchsetzte Granulationsmasse entfernt. 9./6.—22./6. Sistirung der Otorrhoe. 22./6. Wiederauftreten des Ausflusses. Pat. hat permanent einen süsslichen Geschmack in der linken Zungenhälfte, bei Berührung schon der äusseren Theile des Gehörganges, besonders bei Druck auf denselben entsteht Stechen in der linken Zungenseite. An der schon erwähnten Stelle, hinter dem Hammergriffe ist wieder die blassrothe, stecknadelkopfgrosse Prominenz an der Durchrissstelle der Chorda zu finden, mit denselben Symptomen, wie früher. Verätzung dieser Stelle unter Cocaïnanästhesie mit Lapis. 29. Juni Sistirung der Otorrhoe. Heilung bis 30. November beobachtet.

Am 21. Mai 1893 sah ich die Dame wieder; das Ohr war trocken geblieben, doch haben sich ziemliche Mengen cholesteatomatöser Desquamationsproducte im oberen Trommelhöhlenraum angesammelt. Flüsterspr. 1 Mtr.

IX. K. G., 33 J. alt, Eisenbahnbeamter, leidet seit einem Jahre an Eiterung aus dem linken Ohre, rechtes Ohr normal.

Linkes Ohr: Trommelfell mässig retrahirt, verkalkt; hinter dem Hammergriffe eine kleinlinsengrosse Perforation, durch welche von oben Eiter herabkommt. Pol. Acum. 58 Ctm., nach dem Catheterismus 88 Ctm. Ausspritzung mit der Hartm. Canüle fördert reichlich eingedickten Eiter zu Tage. Patient konnte sich nicht der vorgeschlagenen Behandlung unterziehen.

X. R. M., 30 J., Küchenchef, leidet seit ca. 5 Jahren an fortwährendem, in letzterer Zeit übelriechendem Ausflusse, seit 2 Tagen an heftigen Schmerzen im rechten Ohre. Bei der Untersuchung (am 15./11. 88) findet sich im Gehörgange lebhaft pulsirender Eiter; das Trommelfell ist verdickt, stellenweise verkalkt, in der unteren Hälfte eine linsengrosse Perforation enthaltend, deren Rand mit der inneren Paukenwand verlöthet ist; die Mucosa tympani findet sich succulent, geröthet. Vom vorderen oberen Pole der Membran ragt eine über hanfkorngrosse, von gerötheter Cutis bekleidete Geschwulst herab, an deren Kuppe eine Granulation sitzt. Pol. Acum. 44 Ctm, beim Catheterismus ist kein Perforationsgeräusch zu hören. Aetzung der Granulation mit Liquor ferri sesqu.

23./11. Die Granulation ist verschwunden, die unterdess erbsengross gewordene Geschwulst zeigt sich perforirt; beim Catheterismus tritt aus dieser Lücke Eiter vor. 24./11. Seit gestern starke Schmerzen im Ohre; mit der Hartmann'schen Canüle, welche in die eben erwähnte Lücke eingeführt wird, lassen sich eingedickte Eitermassen entfernen. Patient fühlt sich daraufhin viel leichter.

26./11. Wieder heftige Schmerzen im Ohre, Erbrechen; nach Einführung einer Bougie per tubam gelingt die Durchspülung der Paukenhöhle; bedeutende Erleichterung. 27./11. 28./11. Die Geschwulst nimmt an Grösse zu; 29./11. quere Incision an ihrer Basis; es drängt sich Granulations-

Digitized by Google

gewebe vor; 2 stündliche Ausspülung mit Carbolwasser, Cocaïneinträufelungen. Unter dieser Behandlung nehmen Schmerz, und Eiterung rasch ab unter gleichzeitiger Verkleinerung der Wucherung.

13./12. Dieselbe ist verschwunden, kurzer Fortsatz und Hammergriff sind deutlich sichtbar, die Membr. Shrapnelli ist perforirt. Am 11./1. 1889 wird vollständige Heilung constatirt.

Am 11./9. 1891 suchte mich Pat. wegen Cerumen-Ansammlung am linken Ohre auf; dabei konnte ich wieder constatiren, dass rechts keine Recidive aufgetreten war. Pat. hörte rechts Flüsterspr. $1^1/_2$ Mtr. weit.

XI. J. P., 28 J. alt, Köchin, suchte mich den 23./11. 1888 wegen Eiterung aus dem rechten Ohre auf; nach der Ausspritzung sah ich einen erbsengrossen Polypen von der oberen Peripherie des Trommelfelles herabragen und entfernte ihn mit der Schlinge; die Reste wurden an den folgenden Tagen mit dem scharfen Löffel entfernt und darauf Borsäure eingeblasen.

Am 27./11. sah ich nach der Ausspritzung der trocken gebliebenen Borsäure das Trommelfell getrübt, verdickt, bis in die Höhe des kurzen Fortsatzes erhalten. Das innere Ende der oberen Gehörgangswand wies einen etwa 6 Mm. Durchmesser haltenden Defect auf, durch welchen hindurch Hammerhals und Kopf, sowie ein Theil des Ambosses in Bindegewebe eingebettet, sichtbar waren. 28./11. Ohr trocken, Flüsterspr. 60 Ctm.

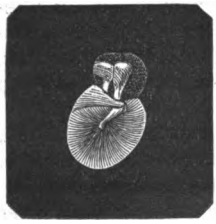


Fig. X.

Am 15./2. 1889 sah ich die Patientin wieder; die Eiterung war nicht wiedergekehrt, der Defect vernarbt; laut Mittheilung vom 12./4. 1893 ist das Ohr geheilt geblieben.

XII. N. P., Industrielehrerin, 20 J., stellte sich mir am 22./1. 1889 wegen zeitweisen Eiterausflusses aus dem rechten Ohre vor. Vor 6 Jahren überstand sie einen mit Fieber einhergehenden Ausschlag — Masern oder Scharlach — seitdem flossen die Ohren bis vor einem Jahre, wo sie in ärztliche Behandlung trat. Es wurden Ausspülungen, Luftdouche und Borsäure-Einblasungen ausgeführt, worauf die Eiterung links bald ganz sistirte, rechts aber nur an Intensität abnahm.

Bei der otoscopischen Untersuchung finden sich beiderseits die Trommelfelle destruirt bis auf den Hammergriff nebst Perforationen der Membr. Shrapnelli, die Mucosa tympani sehnig weiss-gelb. Links sieht man das Steigbügel-Ambossgelenk, rechts liegt hinten oben am Hammer Eiter, nach dessen Entfernung eine Granulationswucherung von Hirsekorngrösse in der Gegend des Steigbügel-Ambossgelenkes sichtbar wird.

Flüstersprache rechts 12 Ctm., links 4 Mtr. Liquor ferri auf die Granulation, Luftverdünnung beiderseits, Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle und Borsäure rechts. 27./5. Die Granulation ist geschwunden, keine Eiterung mehr, Flüstersprache rechts 50 Ctm., links 7 Mtr.

Seit dieser Zeit kam das Fräulein mehrmals jährlich, um sich behufs Hörverbesserung behandeln zu lassen; dabei konnte ich stets constatiren, dass die Eiterung nicht wiedergekehrt war. Zum letzten Male sah ich die junge Dame am 15. Mai 1893. Sie hörte jetzt Flüstersprache beiderseits über 9 Meter, die Uhr rechts 30, links

Digitized by Google

32 Ctm. Rechts sieht man den Trommelfellrest verdickt, starr, über dem Proc. brevis eine trockene Fistel, die Mucosa tympani sclerosirt. Die Nische zur Fen. rotunda und das Amboss-Steigbügelgelenk sind deutlich wahrzunehmen.

Fig. XI.

XIII. Frau Dr. M. aus Athen, welche ich am 7/3. 1889 sah, leidet seit Kindheit an Schwerhörigkeit und zeitweisem Ausflusse links. Rechts ergiebt die Untersuchung normale Verhältnisse, links ist das Trommelfell destruirt, der Hammergriff erhalten und dem Promontorium adhaerent; hinten oben sitzt eine Kruste, nach deren Entfernung bei Luftverdünnung ziemlich viel Eiter hervordringt.

26./3. 1889 war unter öfterer Anwendung der Luftverdünnung und Einträufelungen von Borspiritus das Ohr trocken, die Hörweite für den Pol. Acumeter stieg von 23 auf 35 Ctm.

Nach brieflicher Mittheilung (1893) besteht noch spurenweise Otorrhoe; eine Zeit lang wurden im Eiter reichlich Tuberkelbacillen gefunden, während sonst keine Zeichen von Tuberculose bestehen.

XIV. V. H., 15 J., Brauerlehrling, stellte sich mir am 11./6. 1889 wegen rechtsseitiger, seit Kindheit andauernder Otorrhoe vor; beiderseits bestehen subjective Geräusche.

Rechtes Ohr. Im Gehörgange Eiter, das Trommelfell hinter dem Hammer perforirt, die Mucosa tympani stark geschwollen und geröthet, aus dem oberen Trommelhöhlenraume dringt Eiter. Pol. Acum. 68 Ctm., nach dem Catheterismus 120 Ctm. Links ist das Trommelfell getrübt, Pol. Acum. 54 Ctm., nach dem Catheterismus 350 Ctm. Borsäure. 21./6. Die Borsäure ist seit 2 Tagen trocken geblieben. Entlassung mit der Weisung, sich sofort vorzustellen, wenn wieder Eiterung käme.

21./2. 1890 stellte sich der junge Mann vor; das rechte Ohr zeigte sich vollkommen trocken, das Trommelfell war in der hinteren Hälfte perforirt, soweit, dass man das Steigbügel-Ambossgelenk und die Nische zur Fen. rotunda sah; die Mucosa war überall blass, glatt und glänzend.

Am 20./2. 1891 sah ich Herrn H. zum letzten Male; der Befund am rechten Ohre war der gleiche geblieben und hörte er rechts die Flüstersprache 1 Meter weit.

XV. F. L., 47 J., Postamtsleiter, stellte sich mir am 30./9. 1889 wegen eitrigen Ausflusses aus dem linken Ohre vor, der im Juni desselben Jahres nach einer Erkältung aufgetreten war. Nach der Ausspülung des im Gehörgange vorhandenen Eiter's zeigte sich eine den ganzen hinteren oberen Quadranten einnehmende Trommelfelllücke, deren unterer Rand mit der inneren Paukenwand verlöthet war; von oben, aus der Gegend des Antrum ragte eine hanfkorngrosse Granulation vor. Uhr 10 Ctm., nach dem Catheterismus 12 Ctm. (norm. 2 Mtr.). Aetzung mit Liquor ferri sesqu., Borsäure.

3./10. Borspiritus zur 3 Mal täglichen Einträufelung.

14./10. Die Eiterung hat sistirt, die Granulation ist abgeheilt.

Am 17./7. 1891 stellte sich Herr L. wieder vor, da er beim Hineingreifen in's Ohr Schmerz fühlt; am Trommelfelle sitzt eine Kruste, nach deren Entfernung sich die Lücke vollständig vernarbt zeigt. Uhr 8 Ctm., nach dem Catheterismus 18 Ctm.

Digitized by Google

Der Patient blieb wieder aus und stellte sich nur an den, weiter unten genannten Tagen vor.

25./9. Seit einer Woche wieder Eiterung, Ausspritzung, Borsäure.

29./9. Die Otorrhoe hat sistirt; Ausspritzung der Borsäure.

7./10. Eine Granulation sitzt am inneren Ende der hinteren Gehörgangswand, Trommelfellnarbe vollständig intact, keine Eiterung aus dem oberen Trommelhöhlenraume. Lapis.

10./11. Ohr trocken, Granulation geschwunden. Uhr 45 Ctm. Seitdem sah ich Pat. nicht wieder.

XVI. Mathilde S., 21 J., suchte mich am 22. Mai 1890 wegen Eiterung aus dem linken Ohre auf.

Dieselbe dauerte schon seit Kindheit, und war nach Scharlach entstanden; in der letzten Zeit war Pat. mehrfach in ohrenärztlicher Behandlung gewesen, wobei öfters Polypen aus dem linken Ohre operativ entfernt wurden.

Die Untersuchung ergab rechts vollständige Zerstörung des Trommelfelles, den Substanzverlust vernarbt, die Narbe der Paukenwand adhaerent, laute Sprache nur 5 Ctm. weit.

Links zeigte sich die vordere Hälfte und ein Theil des hinteren unteren Quadranten des Trommelfelles erhalten, durch eine Lücke des hinteren oberen Quadranten wucherten Granulationen aus dem Antrum, laute Sprache 15 Ctm.

Die Behandlung bestand in Aetzungen mit Lapis in Substanz und Liquor ferri sesqu., sowie in Borsäure-Einblasungen; nach dem Verschwinden der Granulationen in Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle und Borsäure-Einblasungen durch dieselbe; bei diesen Ausspülungen gingen ziemlich viel cholesteatomatöse Massen mit.

Die Eiterung, die schon im Juni nur mehr minimal war, sistirte am 5. Juli vollständig.

Am 12. Juli entliess ich die Patientin mit der Weisung, sich von Vierteljahr zu Vierteljahr vorzustellen, welche sie mehr als pünktlich befolgt, indem sie allmonatlich kommt. Bis zum 20. Mai 1893, wo ich Pat. stets controliren konnte, fand sich nur einmal im October 1891 ein hanfkorngrosses Cholesteatom im Attic vor, und nach Entfernung desselben blieb das Ohr stets trocken.

Am 5. Juli nahm ich folgenden Status L. auf: Trommelfell in der vorderen Hälfte und im hinteren unteren Quadranten erhalten, der Paukenwand mit dem Hammergriff adhärent; durch die grosse, bis an die Peripherie reichende Perforation in der hinteren Trommelfellhälfte sieht man das Promontorium, die Nischen zum runden und ovalen Fenster, letztere ohne Stapes, darüber den Canalis Fallopiae. Vom Ambosse ist nichts zu sehen, die Mucosa der Paukenwand und des Attic, so weit man sie zu überblicken vermag, ist zart, epidermisirt, blass, glänzend; laute Sprache wird 50 Ctm., mit Kautschuk-Trommelfell 65 Ctm. weit gehört. Durch Bildung eines künstlichen Trommelfelles aus Borsäurepulver, welches ich gegen die Fenestra ovalis blase und welches 1—2 Monate hält und wirkt, hebt sich die Hörweite für mittellaute Sprache auf 5—7 Meter.

XVII. A. W., Schulknabe, 10 J. alt, leidet seit früher Kindheit an beiderseitiger, nach Scarlatina aufgetretener Otorrhoe; zeitweise setzt dieselbe aus, um unter Schmerzen wiederzukommen. Als mir der Knabe am

Digitized by Google

17/2. 1890 vorgestellt wurde, war er schon durch 3 Monate ohne Erfolg mit Ausspülungen durch die Antrumcanüle behandelt worden. Beiderseits fand sich Eiter im Gehörgange. Status präs.: Rechts: Das Trommelfell ist bis auf einen Rest an der oberen Peripherie vollständig zerstört, der Hammergriff bis zum kurzen Fortsatze fehlend. Die Mucosa ist epidermisirt, hinten oben kommt der Eiter vor. Pol. Acum. 62 Ctm. Links: Trockene Perforation in der hinteren Trommelfellhälfte. Therapie rechts: Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle, Borsäureeinblasung durch dieselbe. Am 14./3. 1890 hatte die Otorrhoe sistirt. Am 30. Januar 1891 sah ich den Kleinen wieder; die Heilung war eine dauernde geblieben.

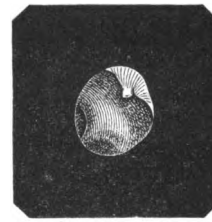


Fig. XII.

Am 30. September desselben Jahres erkrankte der Kleine an heftigen Schmerzen im rechten Ohre, sehr profusem Ausflusse und Druckempfindlichkeit hinter dem Ohre; schon war die Trepanation des Warzenfortsatzes in Aussicht genommen, als hinten oben cholesteatomatöse Massen sichtbar wurden; durch die Hartmann'sche Canüle wurden ausserordentlich massenhafte Cholesteatomfetzen entfernt, worauf die Warzenfortsatzaffection zurückging. Die Otorrhoe versiegte jedoch erst Anfangs April 1892, wo ich den Knaben entliess. Laut Mittheilung vom 9. April 1893 ist das Ohr seitdem vollkommen geheilt geblieben. (Fortsetzung folgt.)

Fremdkörper im Kehlkopfe mit Perforation der Cart. thyr. und Abscessbildung nach aussen.

Mitgetheilt von

Prof. Schrötter.

Der Zufall und wohl auch meine frühere Stellung als Leiter einer der grössten laryngologischen Kliniken fügte es, dass ich eine selten grosse Anzahl von Fremdkörpern in den Luftwegen zu beobachten Gelegenheit hatte, über die ich auch verschiedene Mittheilungen gemacht habe [1]).

In meinen „Vorlesungen [2])" schreibe ich als Einleitung zu diesem Abschnitte: „Wir kommen nun, meine Herren, zur Besprechung eines der interessantesten Kapitel nicht nur unserer Disziplin, sondern auch der ganzen Medizin. Es handelt sich hierbei häufig um Ereignisse der aufregendsten Art, ebenso sehr für den Patienten und dessen Umgebung, als auch in nicht minder hohem Grade für den Arzt. Die unglaublichsten Dinge können hier vorkommen, und die Aufmerksamkeit in die höchste

---

[1]) Schrötter, Fremde Körper im Schlunde und Kehlkopfe, Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 1, 1876. —, Fremde Körper im Schlunde und Kehlkopfe, ibidem No. 2, 1882. —, Beiträge zur localen Anästhesie des Larynx, Allgem. W. med. Zeitung No. 11, 1881.

[2]) Schrötter, Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes u. s. w. 2. Aufl., S. 202.

Digitized by Google

Spannung versetzen.“ Wenn ich auch durch eine meiner neueren Beobachtungen das eben Gesagte in vollem Umfange bestätigen kann, so muss ich doch gestehen, dass ich glaubte meine Erfahrungen über diesen Gegenstand so ziemlich als abgeschlossen betrachten zu können, umsomehr als ich auch den einschlägigen Beobachtungen Anderer immer meine vollkommenste Aufmerksamkeit geschenkt hatte.

Wer meine früheren Publicationen verfolgt hat, wird mir eine Berechtigung zu dieser Anschauung gewiss nicht absprechen. Allein auch hier hat sich gezeigt, dass unser Fach immer neue Ueberraschungen bringt, und dass unsere Kenntnisse nie als abgeschlossen zu betrachten sind.

Die sofort mitzutheilende Beobachtung ist nicht nur in voller Uebereinstimmung mit dem eben Gesagten in mannigfacher Beziehung hochinteressant, sondern dürfte auch, soweit ich die Literatur zu übersehen vermag, vorläufig als Unicum dastehen.

Am 21. September 1892 sollte ich eine Kranke untersuchen, bei der man einen Abscess im Kehlkopfe vermuthete. Ich konnte leider das 19jährige Fräulein M. B. wegen der Vorbereitungen zur Abreise erst Abends aufsuchen. Der behandelnde Arzt, Dr. Kerzendorfer, theilte mir nun mit, dass Patientin schon am 13. September Vormittags beim Schlingen eines Brodstückchens einen stechenden Schmerz im Halse empfunden hatte. Sie musste auch in Folge von Würgbewegungen erbrechen und glaubte nun, dass hierdurch das, was sie verschluckt habe, entfernt worden sei. Sie konnte auch in der That das Mittagessen ohne Anstand zu sich nehmen. Erst bei einem nachmittägigen Spaziergange machte sich Halsschmerz bemerkbar, der am nächsten Morgen anhielt. Die Untersuchung von aussen ergab bei Druck und seitlicher Verschiebung des Kehlkopfes ein Gefühl von Wundsein. Die Untersuchung mit dem Spiegel war wegen grosser Empfindlichkeit nur unvollständig möglich, ergab aber nichts Abnormes.

Am Nachmittage des nächsten Tages (15./9.) kam es zu mässigem Fieber und Heiserkeit, und bildete sich an der linken Seite des oberen Randes der Cart. thyreoidea eine Schwellung aus, die bei Druck nur wenig schmerzhaft war. Der Geruch aus dem Munde war foetid Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigte sich an der hinteren Wand und seitlich unter dem unbeweglichen linken Stimmbande ein gelb-weisslicher Belag.

Am nächsten Tage hielt das Fieber an, das Stimmband war etwas beweglicher geworden, der Belag geringer, es traten aber Schlingbeschwerden auf. Bis zum 19. hielten die Erscheinungen in ziemlich gleicher Weise an. Ueber der Geschwulst aussen am Halse röthete sich die Haut, der Belag im Inneren begann sich abzustossen und flottirte im Luftstrome hin und her.

Am 20. September konnte Patientin nur mit grosser Anstrengung und grossen Schmerzen schlucken, die Geschwulst aussen fluctuirte und entleerte bei der Incision gegen einen Esslöffel Eiter. Ueber dem linken Aryknorpel zeigte sich eine ziemlich beträchtliche, nach der hinteren Kehlkopfwand abfallende Geschwulst.

Am 21./9. endlich waren die Erscheinungen und Beschwerden so ziemlich die gleichen, nur die Geschwulst über dem linken Aryknorpel noch grösser geworden.

Digitized by Google

So fand ich nun die Kranke vor. Leider war die Empfindlichkeit so gross, dass ich vorerst nur die beträchtliche Schwellung des linken Aryknorpels und eine solche des linken falschen Stimmbandes diagnosticiren konnte, die das wahre in seinem hinteren Antheile verdeckte. Der Belag, der früher vorhanden gewesen sein soll, war zum grössten Theile abgestossen.

Man hätte sich nun leicht vorstellen können, dass es sich hier um weitere Veränderungen im Gefolge der Diphtheritis handelte, eine Täuschung, auf die nicht nur ich zu wiederholten Malen aufmerksam gemacht habe, sondern die auch in übereinstimmender Weise von Anderen hervorgehoben wurde. In lebhafter Erinnerung meiner Erfahrungen aber und durch die Vermuthung des Hausarztes bestärkt, richtete ich, trotz der Schwierigkeiten, meine ganze Aufmerksamkeit auf das etwaige Vorhandensein eines Fremdkörpers.

Eine besondere Schwierigkeit für die Untersuchung lag in der selten grossen Empfindlichkeit der jungen Dame. Endlich gelang es aber doch, einen schwärzlichen Gegenstand im Inneren des Larynx zunächst der hinteren Wand und sich von hier aus unbestimmt weit nach vorn hin erstreckend, zu erblicken. Ich dachte nun, dass es mir unter den geschilderten Umständen leichter sein werde, mich durch das Gefühl von der Sachlage zu überzeugen, erfuhr aber beim Eingehen mit dem Finger eine interessante Täuschung. Ich nahm in der That wahr, dass sich im Inneren des Larynx ein fremder Körper befand; dieser machte mir aber nicht den Eindruck einer gewöhnlichen, sondern einer chirurgischen Nadel, die von hinten nach vorn, mit ihrer Convexität nach abwärts, und zwar so fest eingekeilt war, dass ich sie nicht bewegen konnte.

Ich hatte nur eine schwache Pincette zur Hand. Nach wiederholter Pinselung mit 20procentiger Cocaïnlösung gelang es mir einmal, die Nadel zu fassen, aber nicht, sie zu extrahiren. Es blieb mir nichts übrig, als um ein stärkeres Instrument mit rauhen Branchen und um eine 30procentige Cocaïnlösung fortzusenden. Nun rückte aber die Zeit der Abfahrt meines Zuges so beunruhigend in die Nähe, dass ich in arge Verlegenheit kam, ob ich meine dringende Reise oder die Operation verschieben solle. Nach Pinselung mit der stärkeren Cocaïnlösung machte ich einen neuen Versuch, bei dem es mir gelang, die Nadel ihrer ganzen Länge nach sichtbar zu machen, bei dem nächsten Eingehen, unter kurzen, ruckweisen, seitlichen Bewegungen zur Ueberwindung des grossen Widerstandes, die Nadel zu brechen, um zuerst das hintere und dann auch noch das vordere Ende zu entfernen. Zu unserer Ueberraschung zeigte es sich jetzt, dass es sich um eine stärkere, völlig gerade Stahlnähnadel von 4 Ctm. Länge handelte. Das vordere Bruchende betrug 1, das hintere 3 Ctm. Dass nun bei den arg geängstigten Angehörigen der Patientin Jubel herrschte, und ich meinen Eisenbahnzug noch erreichte, sei kurz erwähnt. Es sind aber noch eine Reihe interessanter Punkte zu erledigen.

Wie konnte die Nadel so fest im Kehlkopfe eingerammt sein? Es kann dies wohl nur durch die starken Würgbewegungen erklärt werden, die Anfangs vorhanden waren. War die anscheinende Krümmung des fremden Körpers, die zur Verwechselung mit einem gebogenen Drahte oder einer chirurgischen Nadel Veranlassung gab, wirklich eine Täuschung? Es erscheint mir nicht ganz unmöglich, dass die Nadel eben bei ihrer starken

Digitized by Google

Fixirung gebogen wurde und dann so verblieb. Hiermit stimmt auch in Berücksichtigung der grossen Länge des fremden Körpers im Vergleich zur Länge des Kehlkopfes im Durchmesser von vorn nach rückwärts, die so hochgradige reactive Schwellung am linken Aryknorpel mit Fixirung desselben, die für ein Eingedrungensein in tiefere Schichten spricht, und endlich die seltene Verletzung der vorderen Larynxwand überein. Die Abscessbildung aussen an derselben kann doch nur aus einer vollständigen Durchbohrung der Cart. thyreoidea erklärt werden, und wenn auch schon von mir selbst und Anderen feste Einkeilung von fremden Körpern, namentlich später unter Granulationswucherungen beobachtet wurde, so ist mir kein Fall bekannt, wo es, wie bei diesem, zu einer vollständigen Durchbohrung des Knorpels gekommen wäre. Um so interessanter ist es aber dann, dass nicht nur Anfangs die Erscheinungen so geringfügig, ja sogar völlig latent waren, sondern dass es auch zu einer so raschen Ausheilung des nach aussen befindlichen Abscesses kam. Die geringen Beschwerden müssen endlich um so auffälliger erscheinen, als das Individuum sonst von einer solch' besonderen Empfindlichkeit war.

Wenn ich auch nicht leugnen kann, dass ich beim Extrahiren eine ziemliche Gewalt anwandte, so ist doch nicht unwahrscheinlich, dass das Brechen der doch ziemlich dicken Nadel vielleicht dadurch erleichtert wurde, dass sich das federnde Object durch seine gewaltsame Krümmung schon in einem höheren Spannungszustande befand, und es demnach einer geringeren Kraftanstrengung bedurfte, um ein Zerbrechen herbeizuführen.

Die Beschwerden und pathologischen Veränderungen schwanden nach der Extraction ziemlich rasch. Am 24./9. sah man an der vorderen Fläche der noch geschwellten hinteren Larynxwand die Schleimhaut in Form einer kleinen Pyramide mit unebenen Rändern hervorragen, am 27./9. kam es nochmals zu einer etwas stärkeren Anschwellung dieser Stelle, und war daselbst ein kleines Eitertröpfchen zu bemerken. Im Uebrigen Wohlbefinden.

Die Gülcher'sche Thermosäule zur Füllung der Accumulatoren.

Von

Dr. **Egmont Baumgarten,** Budapest.

Die verschiedenen Tauchbatterien, die zur Galvanocaustik verwendet wurden, hatten den Apparaten gegenüber, bei denen constante Elemente den Strom erzeugten, den grossen Vorzug, dass sie immer zur Hand waren, dass man sich das jedesmalige Füllen und Entleeren der Elemente ersparte und auch die Stärke des Stromes reguliren konnte. In einigen Jahren hatten sie auch diese Elemente vollständig verdrängt, so dass die jüngeren Specialisten fast nur mehr die Chromsäure-Tauchbatterien gebrauchten. Eine solche neue Tauchbatterie war in den ersten Monaten, besonders wenn man nicht zu viel mit ihr arbeitete, nach dem Gebrauche

Digitized by Google

die Platten fleissig und gründlich entwässerte, auch häufig frische Säure verwendete, — ganz zweckentsprechend, jedoch wurden bei stärkerem Gebrauche mit der Zeit die Zinkplatten schmäler, mussten daher amalgamirt, später ausgetauscht werden, die Kohlen hingegen fingen an sich zu bröckeln und mussten auch einzelne ersetzt werden, dabei war man aber nie sicher, wenn die Batterie stark im Gebrauche war, ob sie nicht in der besten Arbeit den Dienst versagte. Man musste, wenn man derberes Gewebe brannte, oft aussetzen und um die Polarisation zu heben den Apparat schütteln, oder die Elemente auf einige Secunden herausheben, was recht ärgerlich war.

Tauchbatterien, die gleichzeitig für Brenner und Schlinge verwendet werden können, reichen im Gebrauche für beide nicht aus, nur die grossen Apparate, bei denen ein Stromverschieber angebracht ist, bilden eine Ausnahme. Ich hatte bisher deshalb zwei grosse Tauchbatterien im Gebrauche; die eine Batterie war für Brenner bestimmt, bei dieser wurden die Platten nebeneinander, also auf Quantität, geschalten, wodurch ein starker Strom entstand, dagegen die Spannung gering war; die andere Batterie war für die Schlinge bestimmt, bei dieser wurden die Platten hintereinander geschalten, die Spannung war eine viel grössere, der Strom schwächer. Bei dem ersteren Apparate wurde der Brenner glühend, der Draht nur roth, bei dem zweiten Apparate der Brenner, nur wenn er sehr klein war, glühend, die Schlinge hingegen gleich.

Schon von vielen Seiten wurde die Verwendung der Accumulatoren gerühmt und behauptet, dass diese in kurzer Zeit nun die Tauchbatterien verdrängen werden. Dies wird gewiss auch der Fall sein, nur blieb bisher die Frage nach der Quelle der Electricität in suspenso. In Städten, in welchen bereits electrische Beleuchtung besteht, ist die Sache sehr einfach, da der Zuleitungsdraht auch zur Füllung der Accumulatoren verwendet werden kann. Meistens ist man aber darauf angewiesen, die Accumulatoren in eine electrische Gesellschaft zur Füllung zu geben. Die Gesellschaft übernimmt diese Füllungen nicht sehr gerne, da grosse Achtsamkeit nöthig ist, damit die Accumulatoren nicht überfüllt werden, auch muss man sich mehrere Accumulatoren anschaffen, damit immer geladene im Hause sind. Viele füllen die Accumulatoren mit 1—2 Bunsen'schen oder anderen Elementen, jedoch braucht dies viel Zeit, Arbeit und doppelte Ueberwachung.

Ich habe mit der Anschaffung von Accumulatoren so lange gewartet, bis ich eine sichere und einfache Electricitätsquelle bekam. Seit $1^1/_2$ Jahren habe dazu die Gülcher'sche Thermosäule verwendet und glaube ich, dass durch diese die Frage nach der Quelle der Electricität gelöst ist und die Accumulatoren in ihre vollen Rechte treten werden. Ich habe seit dieser Zeit nicht nöthig gehabt, die Tauchbatterien zu verwenden, was ich für den grössten Vorzug erachte. Schon vor $2^1/_2$ Jahren wurde ich durch Herrn Jurányi (in der hiesigen Firma Calderoni u. Co.), auf diese Säulen aufmerksam gemacht, musste aber ein Jahr warten, bis ich eine Säule bekam, da noch Experimente gemacht wurden. Herr Jurányi sagte mir, dass er noch nie nicht Vorzügliches von Gülcher in die Hand bekam, und dass der Erfinder die Säulen nicht eher dem Fabrikanten übergeben wird, bevor er nicht von der Güte überzeugt ist, und sie nach jeder Richtung erprobt hat.

Digitized by Google

Die Gülcher'sche Thermosäule (D. R.-Patent No. 49146) mit Gasheizung ist ein vortheilhafter Ersatz für galvanische Elemente. Die Vorzüge der Säule sind nach Angabe des Erfinders constante electromotorische Kraft, Betriebsstörungen ausgeschlossen, keine Polarisation, daher keine Erschöpfung, keine Dämpfe, kein Geruch, hoher Nutzeffect, geringer Gasgebrauch. Nachdem ich diese Säule über ein Jahr verwendet habe, muss ich zu diesen Vorzügen noch hinzufügen, dass ich sie wegen der grossen Annehmlichkeit, grossen Dauerhaftigkeit, hoher Leistung und bequemen Handhabung bestens empfehlen kann, abgesehen davon, dass der Betrieb ein sehr billiger ist. Es sind 3 Grössen verfertigt worden, und zwar:

No. 1 aus 26 Elementen bestehend, giebt eine electromotorische Kraft von 1,5 Volt, innerer Widerstand 0,25 Ohm.

No. 2 aus 50 Elementen bestehend, giebt eine electromotorische Kraft von 3,0 Volt, innerer Widerstand 0,5 Ohm.

No. 3 aus 66 Elementen bestehend, giebt eine electromotorische Kraft von 4,0 Volt, innerer Widerstand 0,65 Ohm.

Gasverbrauch bei Säule No. 1 70 Liter, bei No 2. 130 Liter, bei No. 3 170 Liter per Stunde, ungefähr 1, 2, 2½ Kreuzer per Stunde, die Betriebskosten für die Füllung der Accumulatoren kommen also fast nicht in Betracht. — Für unsere Zwecke genügt die Säule No. 2, da No. 3 schon sehr gross und schwer ist, will man aber gleichzeitig electrisches Licht haben, so muss man No. 3 nehmen, auch dann, wenn man mehrere Accumulatoren füllen will.

Ich habe seither keine Tauchbatterie verwenden müssen, und muss sagen, dass ich sehr froh bin, nichts mit der Entwässerung und den Säuren zu thun zu haben. Es würde mir jetzt schon sehr schwer fallen, die Thermosäule zu entbehren und nicht mit Accumulatoren arbeiten zu können.

Was den Gebrauch betrifft, so habe ich folgende Erfahrungen gemacht, die sich auf die Accumulatoren beziehen; die Säule betreffend habe ich nichts mitzutheilen; nur die Art und Weise der Ein- und Ausschaltung.

Ich habe früher geschlossene Accumulatoren gehabt, die recht gut waren, bei vollständiger Füllung 3—4 Wochen aushielten, jedoch legte sich mit der Zeit an den positiven Polen Grünspan an und verdarb auch ein Accumulator, so dass er, wenn er gefüllt war, in einigen Stunden sich selbst entladete. Doch spielt dies auch keine Rolle, denn ein solcher Accumulator kostet ca. 13 fl. (20 Mark), und hat in einem Jahre genügend geleistet; die Reparatur in der Fabrik kostet 2—3 Gulden. Diese Accumulatoren brauchen nie gereinigt werden, und eignen sich sehr zum Transporte. Jetzt habe ich Accumulatoren der italienischen Electricitätsgesellschaft (Cruto in Turin) im Gebrauche. Diese scheinen sehr gut und dauerhaft zu sein, verderben nicht, brauchen keine Aufmerksamkeit, nur das Wasser, welches verdunstet, muss ersetzt werden. Transportabel hingegen sind sie schlecht, da sie ganz offen sind. Es sind offene Elemente, 18 Ctm. hoch, 18 Ctm. lang, 12 Ctm. breit, 3 positive Platten, die Pole roth lackirt, und 4 negative Platten, schwarz lackirt, sind mit Gummiringen verbunden.

Seit 8 Monaten ist keine Veränderung an den Platten und an den Accumulatoren zu sehen. Die Spannung beträgt 2½ Volt bei einem Accumulator. Die Accumulatoren werden mit verdünnter Schwefelsäure gefüllt.

Digitized by Google

Die Erfahrung lehrt, dass ein Accumulator dann am längsten hält, wenn er auf der Höhe der Spannung erhalten wird. Dies hat für uns den Nachtheil, dass wir dann für unsere Brenner, damit sie nicht abglühen, einen Rheostaten einschalten müssen, um dies zu vermeiden, darf der Accumulator nicht ganz geladen werden, oder wenn er ganz geladen ist, muss er etwas entladen werden. Bisher konnte ich mich nicht überzeugen, dass dies für den Accumulator vom Nachtheile sei. Auch ist es nicht gut, den Accumulator gleich ganz zu füllen, sondern nur gradatim, denn dadurch wird seine Leistungsfähigkeit gesteigert, nur darf er nicht überfüllt werden, denn sonst geht er zu Grunde. Diese Verhältnisse müssen empirisch an den verschiedenen Accumulatoren erlernt werden.

Hat man grössere Operationen zu machen, grosse Tumoren und dicke Brenner zu verwenden, dann kann man 2—3 Accumulatoren mit Rheostat verwenden, und müssen die Accumulatoren nebeneinander (+ mit +, — mit —) geschaltet werden; für Operationen in der Nase, im Kehlkopfe und im Ohre genügt ein Accumulator.

Die Füllung mit der Thermosäule geschieht dadurch, dass man einen Gummischlauch auf die vordere Einströmungsöffnung der Säule zieht, den Gashahn öffnet und einige Secunden Gas durchstreichen lässt, dann zündet man, indem man mit dem Zündholze über die Schornsteine hinwegzieht, der Reihe nach alle Flammen an. Man muss darauf achten, dass alle Flammen brennen, da einige oft ausgehen, was man leicht sehen kann, wenn man von oben hineinschaut. Nach einigen Secunden sieht man schon an den Enden der Ableitungsdrähte kleine Funken, und kann man den Accumulator füllen, indem man die positiven und negativen Pole der Säule, die mit + und — bezeichnet sind, mit den gleichartigen des Accumulators verbindet.

Das erste Mal lässt man die Säule durch 12 Stunden in Betrieb, und wenn man mit dem Accumulator 1—2 Tage gearbeitet hat, wieder 2—3 Stunden in Verbindung. Man darf den Accumulator nicht entladen lassen, denn sonst geht er zu Grunde, sondern man muss, je nachdem man ihn benutzt hat, jeden 3.—4. Tag auf je 2—3 Stunden wieder füllen, damit er immer fast auf der Höhe der Leistungsfähigkeit stehe. Ja selbst wenn man ihn z. B. eine Woche nicht gebraucht, muss er etwas nachgefüllt werden. Hat man 2 Accumulatoren im Gebrauch, so kann man sie abwechselnd verwenden, oder nebeneinander geschaltet mit den Rheostaten.

Für die galvanocaustische Schlinge braucht man mindestens 2 — 3 Accumulatoren, die hintereinander geschaltet werden (+ mit —), und einen Rheostaten.

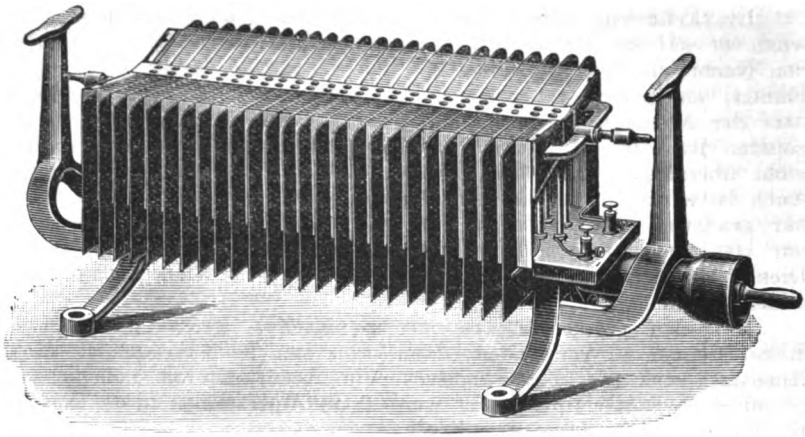
Die diesbezüglichen Erfahrungen werde ich in einer späteren Abhandlung mittheilen, da ich noch damit experimentire.

Was die Operation mit Brennern betrifft, so bin ich, wie erwähnt, sehr zufrieden, ich habe oft Knochen und Knorpel anstandslos verbrannt, der gut gefüllte Accumulator versagte nie in der Arbeit den Dienst.

Die erwähnte Gülcher'sche Thermosäule ist zu haben bei Julius Pintsch, Berlin O., Andreas-Strasse 72/73, und kostet ohne Verpackung bei 85, 160, 190 Mark.

An dieser Säule ist nichts zu richten, sie ist und bleibt immer gleich, in 5 Minuten ist sie erwärmt und eine ausgezeichnete electromotorische Kraft.

Digitized by Google



Säule No. 2. 1/6 der nat. Grösse.

Die Vorzüge dieser Säule hat auch Sanitätsrath Dr. E. Thorner in einem Vortrage hervorgehoben. (Deutsche Medicinal-Ztg. No. 49, 1892.)

III. Referate.

a) Rhinologische:

Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis. Von Lichtwitz. (Prager med. Wochenschrift No. 8/9, 93.)

Verf. neigt sich der Ansicht Bosworth zu, der die Secretion in seinen Fällen auf eine vasomotorische Parese zurückführte. Lichtwitz meint, dass die Parese der Vasoconstrictoren der Schleimhaut der Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen wahrscheinlich eine Reflexerscheinung ist, welche durch eine sehr oft in den Nebenhöhlen liegende Ursache bedingt ist.

W. Lublinski.

Ueber eine noch nicht beschriebene Form von Coryza professionalis. Von Polyak. (Berl. klin. Wochenschrift No. 1, 1893.)

Bei einer Frau mit durch Syphilis verändertem Naseninnern schiebt Verf. die hochgradigen Destruktionen auf die länger dauernde Reizwirkung von Bronzestaub zurück. Dieser Reiz soll theils mechanisch, theils chemisch ausgeübt worden sein, da bei Berührung mit dem Nasensekret Chlorverbindungen des Kupfers und Zinks entstehen, die stark ätzend sind. (Zur Erklärung der beschriebenen Ulcerationen des Naseninnern genügt die Syphilis vollständig. Ref.) W. Lublinski.

Digitized by Google

Ueber das Empyem des Sinus frontalis. Von Winkler. (Münch. med. Wochenschrift No. 47/48, 1892.)

Schon vor längerer Zeit theilte Schaeffer seine günstigen Erfolge bei Behandlung gewisser Stirnhöhlenerkrankungen mit, die er nach Durchstossen der unteren Wand des Sinus erzielt hat. Das Gelingen dieses Unternehmens ist vielfach bezweifelt worden. Dem gegenüber theilt Verf. einige Fälle von geheiltem Empyem mit, die er nach Schaeffer's Methode erzielt haben will. Diese Methode besteht nach Winkler darin, dass nach vorausgegangener Cocainisirung eine Sonde zwischen Septum und mittlerer Muschel entlang dem Nasenrücken in die Höhe geschoben und die untere Sinuswand durchbrochen wird. Das ist sehr merkwürdig, denn nach unseren anatomischen Kenntnissen ist eine Ausmündung der Stirnhöhle zwischen dem vorderen Ende der mittleren Muschel und der äusseren Nasenwand zu suchen. Da mithin diese Methode den anatomischen Verhältnissen widerspricht, so muss, um unliebsamen gefährlichen Folgen zuvorzukommen, bis auf nähere Erklärungen des Verf. die Ausführung derselben widerrathen werden.

W. Lublinski.

Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung. Von Hartmann. (Arch. f. klin. Chirurgie B. 45, H. 1.)

Verf. hält in den meisten Fällen eine Eröffnung der Stirnhöhle für unnöthig, wenn es nämlich gelingt, von der Nase aus soviel Zugang zu schaffen, um Ausspülungen vornehmen zu können. Meist ist jedoch ein Nasofrontalcanal nicht vorhanden, sondern die Stirnhöhle erstreckt sich bis zum vorderen Ende der mittleren Muschel und mündet durch eine breite Spalte in dem äusseren Theil des mittleren Nasenganges. Der unterhalb der Nasenwurzel befindliche Theil der Stirnhöhle wird durch die Siebbeinzellen verengt, deren Ausmündungen in den Canal selbst gehen, so dass man bei der Sondirung in jede dieser Höhlen gelangen kann. Man wird deshalb, wenn man 1—2 Cm. über den Anfang der mittleren Muschel mit der Sonde eindringt, nicht mit Sicherheit angeben können, ob man wirklich in die Stirnhöhle gekommen ist.

W. Lublinski.

Nase- und Gesichtsrose. (Le nez et l'érysipèle.) Von Dr. Paul Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 11.)

Verf. giebt die subjectiven und die objectiven Symptome des Erysipels an der äusseren Nase, dem Nasenübergang, dem Inneren der Nase nebst microscopischen Untersuchungen und allen möglichen Complicationen. In zweifelhaften Fällen ist das Microsop das einzige Mittel zur Diagnose; man muss den Fehleisen'schen Streptococcus nachweisen können. Verf. bespricht in interessanter Weise das recidivirende und das catameniale Erysipel. Die Nase bietet ein fruchtbares Feld für das Eindringen des Streptococcus und die Bildung des Erysipels. Nasenirrigationen soll man nur anwenden, wenn beide Nasenhälften ganz durchgängig sind; man wendet dann am besten das Sublimat ($^1/_{5000}$) an; nach jeder Nasendouche kann man Calomel in kleinen Dosen einblasen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

b) Pharyngo-laryngologische:

Vereinzelte primäre Pharynxtuberculose. (Tuberculose primitive et isolée du Pharynx.) Von Dr. B. Jullien. (Société de dermatologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 11.)

Eine öffentliche Dirne, nicht syphilitisch, lebt seit 6 Monaten fortwährend mit einem Phthisiker zusammen, welcher jeden Morgen Blut speit. Sie hat auf dem linken Arcus palatopharyngeus, der linken Mandel und der Pharynxseite je ein gelbes Geschwür, nicht schmerzhaft, reichlich tuberculöse Bacillen enthaltend. Lungen gesund. Dr. P. K.

Retropharyngealabscess, Erstickung, Tracheotomie, Heilung. (Postpharyngeal abscess, asphyxia, laryngotomy, recovery.) Von Dr. Davidson, Liverpool. (Lancet, 15. Octbr. 1892.)

Der Fall betraf einen 40jährigen Mann, welcher mit einer Halsentzündung, bei welcher er den Mund gar nicht mehr öffnen konnte, in das Hospital kam. In der Nacht brach der Abscess durch verursachte grosse Erstickungsgefahr, wegen welcher die Tracheotomie gemacht werden musste. Später trat dann Heilung ein. Die Wirbel waren in dem Fall nicht krank. M. Schm.

Fast gänzliche Zerstörung des weichen Gaumens, gehoben durch einen weichen künstlichen Gaumen, welcher nicht nur eine Verbesserung der Stimme, sondern auch eine augenblickliche Verschärfung des Gehörs hervorbrachte. (Destruction presque totale du voile du palais corrigée par un palais mou artificiel, produisant non seulement une grande amélioration de la parole, mais un accroissement immédiat de l'audition.) Von Dr. James Thorington. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 9.)

Verlust des weichen Gaumens nach schwerem Scharlach mit Diphtheritis, welches 6 Monate dauerte. Verf. giebt die Zeichnung des verunstalteten Gaumens, sowie des sehr geschickt gearbeiteten künstlichen Apparates. Dr. P. K.

Geschmacksempfindung des Gaumens. (La sensibilité gustative du voile du palais.) Von Dr. Gouin und Dr. Vigue. (Marseille médical Juillet 1892 u. Union médicale du Nord-Est No. 10.)

Am harten Gaumen ist die Geschmacksempfindung null (Trost für die Feinschmecker, welche eine Zahnplatte am Oberkiefer tragen. Der Referent.), sie wird desto ausgeprägter, je mehr man sich dem freien Rande des weichen Gaumens nähert. Dr. P. K.

Ueber Syphilis der Zungentonsille. Von Seifert. (Münch. med. Wochenschrift No. 6, 1893.)

Nach Verf. ist in der Mehrzahl jener Fälle, in welchen der Rachen, in specie die Gaumentonsillen, im Verlauf der Syphilis erkrankt, auch die Zungentonsille ergriffen. Die ersten Erscheinungen bestehen in Röthung und Schwellung; bei rechtzeitiger Allgemeinbehandlung tritt Rückbildung

Digitized by Google

ein, sonst entwickeln sich Papeln, die späterhin ulcerös zerfallen. Im ersten Stadium sind keine subjectiven Erscheinungen vorhanden, im zweiten sind die Beschwerden geringfügig, während sie im dritten erheblich sind. Auch nach Abheilung der Papeln kann für lange eine Hyperplasie der Zungentonsille bestehen bleiben.

W. Lublinski.

Ligatur der Carotis communis bei einem 3jährigen Kinde wegen Blutung aus einem die Mandel umgebenden Abscess. Heilung. (Ligature de la carotide primitive chez un enfant de trois ans et demi pour hémorrhagie consécutive à un abcès periamygdalien. Guérison) Von Dr. Dunn. (Americ. Journal of med. sciences u. Annales des maledies de l'oreille et du larynx 1892, No. 9.)

Selten und gefährlich bei Kindern. 6 grosse Blutungen nachdem der Abscess sich von selbst eröffnet hatte. Erscheinen einer pulsirenden Geschwulst zwischen Processus mastoideus und Unterkieferwinkel. Ligatur der Carotis communis, Heilung per primam nach 8 Tagen.

Dr. P. K.

Ueber die pathologische Anatomie der Sängerknötchen. (Sur l'anatomie pathologique des nodules des chanteurs.) Von Dr. Sabrazés u. Dr. Frèche. (Travail du laboratoire du professeur Pitres u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 9.)

Klinisch schon längst beschrieben, ihre pathologisch-anatomische Beschreibung fehlt bis jetzt. Verff. geben die klinische Beschreibung dreier von ihnen und Dr. Lichtwitz beschriebenen Fälle und geben nachher die genaue microscopische Analyse von den drei, je einem Kranken entnommenen Knoten; hübsche Illustration. Die Arbeit wird am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie. Von Th. Escherich. (Wiener kl. Wochenschrift No. 7/10, 1893.)

Die Untersuchungen über die Aetiologie der Diphtherie veranlassten den Verf., der bis dahin auf dem Boden der schonenden expectativen Therapie gestanden, stark desinficirende Flüssigkeiten auf den Krankheitsheerd unter Controlle der bacteriologischen Untersuchung anzuwenden. Die Methoden der Application sind 1) die Zerstäubung antiseptischer Flüssigkeiten auf die Rachenschleimhaut mittelst Spray und 2) das Auswaschen der Rachenhöhle mittelst in Sublimatlösung getauchter Schwämme (1 ‰ Sublimatlösung). W. Lublinski.

Congenitale Knorpelverbiegung der Epiglottis. Von Meinhardt Schmidt. (Archiv f. klin. Chirurgie B. 44, H. 1.)

Bei einem 10monatlichen Kinde, das während des Lebens permanent an Athembeengung litt, zeigte die Section eine Verbiegung der Epiglottis als die Ursache derselben. Die übrigens normal ausgebildete Epiglottis war mit ihren Seitentheilen einwärts zusammengedrückt, so dass sich diese in grosser Ausdehnung in der Medianline berührten und aufeinander drückten, so den Aditus laryngis fast völlig verlegend. Nur am vorderen Ende des Kehldeckels und an seiner hinteren Grenze, den aryepiglotti-

Digitized by Google

schen Falten, blieben zwei kleine halblinsengrosse Löcherchen, in die Tiefe des Larynx führend. Die Folge dieser Zusammenklappung des Kehldeckels war eine achterförmige Figur, oben und unten die kleinen Oeffnungen, dazwischen die in einer sagittalen Linie sich innig zusammenschmiegenden Säume der Seitentheile des Kehldeckels.

W. Lublinski.

Fall von Morbus Basedowi mit plötzlichem Tod durch Compression der Trachea. (Un cas de goitre exophthalmique avec mort subite par compression de la trachée.) Von Dr. Hugh Montgomerie. (Lancet, Février 1891 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 17, 1892.)

25jähriger Patient; plötzlicher Erstickungsanfall; Tracheotomie in extremis, Tod. Die Section ergab Compression der ganzen Trachea.

Dr. P. K.

Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowi, von Th. Wette. (Archiv f. klin. Chirurgie 44 B., 1. H.)

Nach Verf. ist die beste und wirksamste Behandlung des Morbus Basedowi die partielle Entfernung der Struma, da dieselbe eine der wesentlichsten Ursachen der Krankheit ist und zwar für die typischen Symptome (Exophthalmus u. Herzpalpitationen) entweder in Folge Drucks auf den Sympathicus oder in Folge einer durch die Endverzweigungen desselben in der Schilddrüse vermittelten Reflexneurose; für die Gesammtheit der atypischen nervösen Symptome in Folge einer Allgemeinintoxication des Körpers durch chemische, in der pathologischen Schilddrüse gebildete Umsatzproducte.

W. Lublinski.

Die Abduktor- und Adduktorfasern des Nervus laryngeus inferior. (The abduktor and adduktor fibres of the recurrent laryngeal nerv.) Von J. S. Risien Russel, M. B. (London. Proceedings of the royal Society. Vol 51.)

In dieser unter dem Einflusse von Semon und Horsley gearbeiteten höchst interessanten Arbeit, welche für das Verständniss der Physiologie und Pathologie des Recurrens von der grössten Wichtigkeit ist, kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Dass die Abduktor- und Adduktorfasern in dem Recurrens in verschiedenen Bündeln gesammelt sind, das eine unterscheidbar von dem anderen und dass jedes seinen unabhängigen Verlauf durch den ganzen Nervenstamm behält bis zu der Endigung in dem oder den Muskeln, welche es mit motorischen Nerven versorgt, eine Anordnung, deren Möglichkeit von Felix Semon schon vor zehn Jahren aus pathologischen Thatsachen vermuthet worden war. 2) Dass, während bei dem erwachsenen Thier die gleichzeitige Erregung aller Recurrensfasern eine Adduktion derselben Seite zur Folge hat, Abduktion durch den gleichen Vorgang bei einem jungen Thier hervorgerufen wird. 3) Dass, wenn die Abduktor- und Adduktorfasern unter ganz gleichen Verhältnissen dem trocknenden Einfluss der Luft ausgesetzt werden, die Abduktorfasern ihre Kraft, electrische Impulse zu leiten, sehr viel schneller verlieren als die Adduktoren, in anderen Worten, sie sind geneigter zu unterliegen als die Adduktoren, eine Thatsache, welche schon lange von Semon erkannt und auf welche er grossen Werth gelegt, als

Digitized by Google

thatsächlich beim Menschen vorhanden, eine Thatsache, welche eine wesentliche Unterstützung für die Wahrheit ist, für welche dieser Beobachter so viele giltige Beweise beigebracht hat. 4) Dass auch bei dem jungen Hund die Abduktorfasern, obgleich sie ihre Vitalität viel länger als bei Erwachsenen bewahren, sie nichtsdestoweniger doch vor den Adduktorfasern erliegen. 5) Dass dieser Tod an dem Punkte der Durchschneidung des Nerven beginnt und allmählig nach der Endigung desselben fortschreitet und nicht in der ganzen Länge des Nerven gleichzeitig stattfindet. 6) Dass es möglich ist, die Abduktor- und Adduktorfasern anatomisch zu trennen durch die ganze Länge des Recurrens bis zu ihrer Endigung in der einen oder anderen Gruppe von Kehlkopfmuskeln und dass diese Fasern ein bestimmtes Verhältniss zu der Nachbarschaft durch ihren Verlauf hindurch tragen, indem die Abduktorfasern an der inneren Seite des Nerven nahe der Trachea gelegen sind, während die der Adduktoren an der äusseren Seite liegen. 7) Dass es möglich ist, die beiden Lagen von Fasern im Nervenstamm so genau zu trennen, dass die Erregung eines derselben Contraktion der Abduktor- oder Adduktormuskeln hervorruft, je nach der Reizung, ohne irgend eine Contraktion in dem oder den Muskeln der entgegengesetzten Funktion hervorrufen. 8) Dass die Nervenbündel, welche auf eine der Funktionen beschränkt sind, durchschnitten werden können ohne Nachtheil für die mit der entgegengesetzten Funktion betrauten, und dass diese Durchschneidung gefolgt ist von der Atrophie und Degeneration der dieser Funktion angehörenden Muskeln, ohne dass irgend solche Veränderungen in denen der entgegengesetzten Funktion zu entdecken wären.

Die Verschiedenheit der Funktion in jungen und alten Thieren erklärt Verf. so, dass die jungen Hunde noch nicht bellen können und dass die Hauptfunktion dann noch das Athmen ist; wenn sie älter geworden und bellen gelernt haben, so ist die Funktion des Athmens schon so ausgebildet, dass eine vorwiegende Innervation für die Abduktion nicht mehr nöthig ist. M. Schm.

Ueber Verbesserungen am künstlichen Kehlkopf nebst Vorstellung eines Falles von totaler Kehlkopfexstirpation. Von Julius Wolff. (Langenbeck's Archiv B. 45, H. 2.)

Einem 41jährigen Pat., dem Verf. wegen Carcinom vor mehr als 8 Monaten die beiden Schildknorpelhälften, den Ringknorpel und die Epiglottis entfernt hatte, liess er nach seinen Angaben einen künstlichen Kehlkopf verfertigen, in den kein Schleim und Speichel eindringt, dessen Zunge und Inspirationsventil daher auch bei stunden- und tagelangem Gebrauch desselben nicht versagen. Die Zunge und das Ventil sind unverrückbar befestigt. Auch lässt das Ventil bei der Inspiration ein hinreichendes Luftquantum einströmen. So wird bewirkt, dass Patient sich stundenlang hintereinander laut unterhalten kann und dass man von dem schweren Gebrechen durch das Gehör nur wenig bemerkt. Fernerhin kann Patient durch diesen Apparat mit beliebig verschiedener Tonhöhe sprechen und demgemäss auch laut und rein singen. Das Nähere über die Construction des Wolff'schen Kehlkopfes, der bei Loewy, Berlin, Dorotheenstrasse, für 65 Mk. zu beziehen ist, kann im Original nachgelesen werden. W. Lublinski.

Digitized by Google

Instrumente zur Entfernung von Kehlkopfneubildungen bei Kindern durch die Methode der gefensterten Röhren während der Intubation. (Instruments pour l'ablation des néoplasmes laryngiens de l'enfant par la méthode de l'intubation avec tube fenêtré.) Von Dr. Lichtwitz. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No 11.)

Verf. giebt die Beschreibung und Abzeichnung seines Instrumentes, welche am besten im Original nachgelesen werden. Bemerkenswerth ist, dass das Instrument auf jeden Handgriff, namentlich aber auf den Stoerck'schen aufgepflanzt werden kann. Dr. P. K.

Die Classificationsmethoden in den neuromotorischen Larynxstörungen. (Des méthodes de classification dans les troubles neuromoteurs du larynx.) Von Dr. Paul Rangé. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1892.)

Jede neuromotorische Störung des Larynx hat vier pathologische Thatsachen zu Grunde liegen: Die nervöse Störung mit ihren unendlichen Varietäten, es ist dies die anatomische der ganzen Krankheit; die musculäre Störung als directe Folge der vorhergehenden; das anormale Glottisbild; die von letzterem abhängigen phonischen und respiratorischen Störungen. Jede von diesen vier Ursachen nebst ihren unendlichen Unterabtheilungen haben den verschiedenen Autoren als Grundlage ihrer Classification gedient und daher die grosse Verwirrung, in welcher doch Jeder Recht haben kann. Die Eintheilung in phonische und respiratorische Störungen, welche von der vorlaryngoscopischen Zeit datirt, ist die mangelhafteste und entbehrt jeder laryngoscopischen, physiologischen, anatomisch-pathologischen Basis. Die Eintheilung auf den laryngoscopischen Bildern als Grundlage ist auch mangelhaft, wie Verf. auseinandersetzt; jedenfalls sind die vielen, zwischen der totalen Paralyse und dem Spasmus der gesammten Larynxmusculatur erwähnten Nuancen mehr functioneller, als neuropathischer Natur. Einige streng durchgeführte Sectionen (Eisenlohr und Bryson-Delavan) haben nicht nur die systematischen Bulbuserkrankungen, sondern auch die Herdsclerose als sehr häufige Ursache der neuropathischen Lähmungen nachgewiesen; zweitens können die Cerebralstörungen, der Corticalsubstanz sowohl, als der intercerebralen, den Corticaltheil des Gehirns mit dem Bulbus verbindenden Gehirnmasse als Ursache angesehen werden; drittens kann das von Krause, Massini, Semon und Horsley als bestehend bewiesene psychomotorische Laryngealcentrum Ursache der Lähmungen sein. Verf. giebt die Kritik der drei Nomenclaturen, nämlich der symptomatischen, der laryngoscopischen und der ätiologischen oder anatomo-pathologischen; alle drei haben ihre Vor- und Nachtheile; die dritte ist nach dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft die beste, die wissenschaftlichste und die practischste. Verf. kommt zu dem Schlusse (der die grosse Abhängigkeit der Laryngoscopie von der allgemeinen sowohl, wie von der speciellen Pathologie und Therapie von Neuem beweist; Ref.), dass die motorischen Larynxstörungen nicht als Krankheit, sondern als einfaches Symptom der verschiedensten Krankheiten anzusehen sind.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von spontaner Heilung eines Kehlkopfpolypen nach nöthig gewordener Tracheotomie. Von Stembo. (Petersburger med. Wochenschrift No. 6, 1893.)

Bei einer 42jährigen, im 7. Monat graviden Frau stellte sich sehr heftige Athemnoth ein, deren Ursache ein unter dem linken Stimmband sitzender Polyp war. Es musste die Tracheotomie gemacht werden. Etwa 3 Monate später waren von der Geschwulst nur Spuren vorhanden, die späterhin noch schwanden. W. Lublinski.

Tracheotomie wegen multiplen Neoplasmen des Larynx. (Un cas de trachéotomie pour néoplasmes multiples du larynx.) Von Dr. Solis Cohen. (International Clinics u. Revue mensuelle de Laryngologie 1892, No. 23.)

Die Tumoren wurden für Papillome gehalten, die Tracheotomie musste ausgeführt werden; Verf. beschreibt seine ihm eigene Methode der Operation, sowie der Nachbehandlung. In der weiteren Behandlung des Larynxleidens bemerkte man erst, dass man es mit tuberculösen Tumoren zu thun hatte. Dr. P. K.

Die Demonstration laryngoskopischer Bilder vermittelst der direkten Projection. Von Killian. (Münchener med. Wochenschrift No. 6, 93.)

Der Gedanke, das Bild, welches der Kehlkopfspiegel reflektirt, durch eine Art Camera obscura auf einen Schirm zu werfen, wurde schon von Czermak ausgesprochen, ist aber in dieser bestimmten Form bis jetzt nicht verwirklicht. Mittelst einer sinnreichen Idee die Beleuchtungs-, Seh- und optische Axe zusammenfallen zu lassen, ist es Verf. gelungen, einen Apparat zu construiren (zu haben bei Elbs in Freiberg), der für eine Auswahl normaler und besonders günstiger pathologischer Fälle zu verwenden ist. W. Lublinski.

Zur Function der Glandulae thyroideae accessoriae. (Du rôle des glandules thyroides accessoires.) Von Dr. Moussu. (Société de biologie de Paris, séance du 11 Mars 1893.)

Sie können die echte Glandula thyroidea nicht ersetzen. Zum Beweis zeigt Verf. eine Reihe von microscopischen Präparaten, welche von Thieren herrühren, an welchen vor 2 Monaten die Thyroidectomie ausgeführt worden war; sämmtliche Präparate zeigten noch die embryonale Structur der accessorischen Glandulae, welche mithin nicht functioniren konnten. Richet widerspricht, indem er anführt, dass Thiere, an welchen die Thyroidectomie mit Erhaltung der Glandulae accessoriae ausgeführt wurde, am Leben bleiben, während die Thiere, an welchen beide Sorten Drüsen entfernt wurden, immer sterben; die physiologischen Thatsachen stehen über dem microscopischen Befund. Dr. P. K.

Die Innervation des M. cricothyreoideus. Von Sigmund Exner. (Virchow's Archiv B. 131, 1. H.)

Verf. hatte gefunden, dass der M. cricothyreoideus beim Kaninchen und Hunde ausser durch den N laryng. sup., auch noch durch einen anderen Nerven motorisch versorgt wird, der ein Ast des R. pharyngeus vagi, beim Kaninchen hinter dem Pharynx herabsteigt und gewisse

Digitized by Google

Pharynxmuskeln durchbohrend in den genannten Muskel eintritt, beim Hunde nimmt er denselben Ursprung und ähnlichen Verlauf, bohrt sich aber nicht in die Muskulatur, sondern tritt als ein sehr zartes Stämmchen in nächster Nähe des R extern. N. laryng. sup. in den M. cricothyreoideus ein oder vereinigt sich schon kurz vor dem Eintritt mit demselben. Dieses Nervenstämmchen nennt Exner N. laryng. medius. Katzenstein konnte diesen Befund nicht bestätigen und läugnet demnach die doppelte Innervation. Demgegenüber bleibt Exner dabei, dass sich ein Nervenstämmchen finden lässt, welches motorische Fasern dem R. pharyngeus vagi zum M. cricothyreoideus führt und sagt, dass auch andere Autoren, wie Onodi, Livon u. A. diesen Zweig gefunden haben, ja dass selbst Katzenstein von demselben spricht, wenn er ihn auch als N. pharyngeus medius bezeichnet. W. Lublinski.

Unregelmässiger Fremdkörper der Verdauungsorgane glücklich mittelst der Kartoffelnahrung ausgestossen. (Un corps étranger très irrégulier des voies digestives expulsé sans accident à l'aide du régime des pommes de terre.) Von Dr. Solis Cohen. (Medical News August 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, No. 9.)

Die Feder eines künstlichen Gebisses, deren Zeichnung Verf. giebt, wurde verschluckt und nach 48 Stunden bei exclusiver Kartoffelnahrung ausgestossen. Dr. P. K

Oesophagotomie wegen Verengerung. (Oesophagotomie pour rétrécissement de l'oesophage.) Von Dr. Ewé. (Société clinique de London, séance du 17. octobre u. semaine médicale No 52.)

Ein 17jähriges Mädchen hatte vor 20 Monaten Salpetersäure getrunken. Bei der Behandlung durch Dilatation blieb die abgebrochene Sonde in der Narbe stecken. Schwierige Oesophagotomie. Incision der Narbe mittelst Scheere. Bleibende Heilung. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Speiseröhre. (Corps étranger de l'oesophage.) Von Dr. Ségond. (Société de chirurgie de Paris, séance du 15. Mars 1893 u. semaine médicale 1893, No. 17.)

Ein falsches Gebiss wurde während des Schlafens verschluckt; eigentlich waren es zwei Gebisse, von denen das kleinere am nächsten Tage per anum entleert wurde. Ein hinzugerufener Arzt wollte das im Oesophagus verweilende Gebiss in den Magen hinabstossen, was aber nicht gelang; das nachher eingeführte von Gräfe'sche Instrument kam am Fremdkörper vorbei, konnte aber nicht mehr herausgezogen und musste mittelst der Sonde frei gemacht werden. Ségond machte die Oesophagotomia externa; der eingeführte Finger konnte den Fremdkörper fühlen; die zwei Haken des Gebisses waren in die Oesophagusmucosa eingedrungen, so dass die Zangenextraction nicht gelang; mit einem hakenförmig umgebogenen Draht musste der Fremdkörper beweglich gemacht werden und die Extraction gelang leicht. Heilung nach zwei Wochen. Dr. Jalaguier konnte bei einem 2—3jährigen Kinde eine zweifrankenstückgrosse bleierne Platte, welche 13 Ctm. tief, von der oberen Zahnreihe ab gerechnet, in der Speiseröhre sass, mittelst des von Gräfe'schen Instrumentes ebenfalls nicht extrahiren und musste die Oesophagotomia externa ausführen; die Extraction mittelst der Zange

Digitized by Google

gelang dann leicht. Heilung nach 8 Tagen. Dr. Félizet: Ein Kind hatte ein Einfrankenstück in der Speiseröhre; das von Gräfe'sche Instrument konnte gut an der Münze vorbei eingeführt, aber gar nicht mehr herausbefördert werden, so dass das Kind jetzt 2 Fremdkörper im Oesophagus hatte. Der Fehler des Instrumentes besteht namentlich darin, dass bei seinem Herausziehen sich oberhalb desselben Schleimhautfalten bilden, welche die Bewegung hemmen; man kann das Experiment leicht an der Leiche machen. In vorliegendem Falle wurde eine mit einem Schwämmchen versehene Sonde eingeführt, welche zugleich mit dem Münzenfänger entgegengesetzte verticale Bewegungen ausführte, die Schleimhautfalten so zum Verschwinden brachte und auf diese Weise den Fremdkörper mit der Sonde und mit dem von Gräfe'schen Münzenfänger zu Tage beförderte. Dr. Delorme empfand dasselbe Hinderniss durch die Bildung von Schleimhautfalten bei der Extraction eines Fremdkörpers nach ausgeführter Oesophagotomia externa. In solchen Fällen thut man gut, eine Dilatationszange zuerst einzuführen und zwischen den Armen der letzteren die Extractionszange zu gebrauchen. Dr. Cahier musste ebenfalls die Oesophagotomia externa bei einem Soldaten, welcher ein Gebiss etwa 4 Ctm. unterhalb der Cartilago cricoidea in der Speiseröhre hatte, ausführen; die Operation war schwierig wegen eines bestehenden Kropfes. Extraction; Tod nach 3 Tagen. Die Section ergab 2 Oesophagusperforationen, entsprechend den 2 Haken des Gebisses, welche jedenfalls bei den Extractionsversuchen gemacht worden waren; man soll also bei spitzigen Fremdkörpern keine ausgedehnten Extractionsversuche machen und lieber gleich operiren. Dr. P. K.

Ernennung.

Der Vorstand der otiatrischen Klinik in Berlin, Herr Prof. Dr. August Lucae, wurde mit dem Titel eines Geheimen Medicinalrathes ausgezeichnet. Prof. Lucae gehört zu den bedeutendsten und erfolgreichsten Förderern der neueren Ohrenheilkunde, und es werden gewiss Alle, die an unserer Specialität Interesse haben, diese kaiserliche Anerkennung hervorragender Verdienste mit Freuden begrüssen.

---

† Prof. Dr. Johann Schnitzler

k. k. Regierungsrath und Director der Wiener Poliklinik,

verschied am 2. Mai nach kurzem Krankenlager im 59. Lebensjahre. Schnitzler, dessen ärztliche Laufbahn mit der Entdeckung des Kehlkopfspiegels durch Türck begann, interessirte sich schon als Assistent Oppolzer's für die sich eben entwickelnde Specialität und wusste sich bald bei Collegen und im Publikum einen geachteten Namen als Laryngoscopiker zu verschaffen. Als seine wichtigsten Arbeiten auf diesem Gebiete wären die Publicationen: „Ueber Stimmbandlähmung", „Ueber Stimmritzenkrampf", „Ueber Miliartuberculose des Rachens und Kehlkopfes", „Die pneumatische Behandlung der Lungen- und Herzkrankheiten" zu nennen. Schnitzler

Digitized by Google

beschäftigte sich längere Zeit mit der Frage des Auftretens tuberculöser Tumoren im Larynx, sowie mit der Pathologie der Lungensyphilis und hat letzteres Thema in einer Abhandlung: „Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht" (Wien 1880) bearbeitet.

Bekannt sind Schnitzler's Bemühungen um das Zustandekommen und die Entfaltung der Wiener Poliklinik. Sch. gehörte zu den Gründern dieses Institutes und widmete ihm seine ganz ausserordentliche agitatorische Kraft. Man kann ruhig sagen, dass die Poliklinik ihre Existenz einzig und allein den rastlosen Bestrebungen Schn.'s zu danken hat. Besonders zu Statten kamen Schn. hierbei seine Beziehungen zu verschiedenen medicinischen Fachorganen. So war er einige Zeit Mitherausgeber der „Wiener Medicinalhalle", dann gründete er die „Wiener medicinische Presse" und schliesslich die „Internationale klinische Rundschau". In allen diesen Zeitschriften veröffentlichte Schn. ausser den Fachaufsätzen zahlreiche mit sehr gewandter Feder geschriebene, aber auch oft scharf polemisch gehaltene Aufsätze von mehr socialem Interesse.

Die grosse Beliebtheit, deren sich Schnitzler in weitesten Kreisen des Wiener Publikums zu erfreuen hatte, documentirte sich in der ausserordentlichen Theilnahme bei dem Begräbnisse des Verblichenen, sowie durch die zahlreichen Beileidskundgebungen, welche den Hinterbliebenen aus den weitesten Kreisen zuströmten.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (Fortsetzung). — Schrötter: Fremdkörper im Kehlkopfe mit Perforation der Cart. thyr. und Abscessbildung nach aussen. — Baumgarten: Die Gülcher'sche Thermosäule zur Füllung der Accumulatoren. — II. Referate: a) Rhinologische: Lichtwitz: Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis. — Polyak: Ueber eine noch nicht beschriebene Form von Coryza professionalis. — Winkler: Ueber das Empyem des Sinus frontalis. — Hartmann: Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung. — Tissier: Nase- und Gesichtsrose. — b) Pharyngo-laryngologische: Jullien: Vereinzelte primäre Pharynxtuberculose. — Davidson: Retropharyngealabscess. — Thorington: Fast gänzliche Zerstörung des weichen Gaumens, gehoben durch einen weichen künstlichen Gaumen. — Gouin und Vigue: Geschmacksempfindung des Gaumens. — Seifert: Ueber Syphilis der Zungentonsille. — Dunn: Ligatur der Carotis communis bei einem 3jähr. Kinde wegen Blutung aus einem die Mandel umgebenden Abscess. Heilung. — Sabrazés und Frèche: Die pathologische Anatomie der Sängerknötchen. — Escherich: Die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie. — Schmidt: Congenitale Knorpelverbiegung der Epiglottis. — Montgomerie: Fall von Morbus Basedowi mit plötzlichem Tod durch Compression der Trachea. — Wette: Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowi. — Russel: Die Abductor- und Adductorfasern des Nervus laryngeus inferior. — Wolff: Verbesserungen am künstlichen Kehlkopf. — Lichtwitz: Instrumente zur Entfernung von Kehlkopfneubildungen bei Kindern durch die Methode der gefensterten Röhren während der Intubation. — Rangé: Die Classificationsmethoden in den neuromotorischen Larynxstörungen. — Stembo: Fall von spontaner Heilung eines Kehlkopfpolypen nach nöthig gewordener Tracheotomie. — Cohen: Tracheotomie wegen multiplen Neoplasmen des Larynx. — Killian: Die Demonstration laryngoscopischer Bilder vermittelst der directen Projection. — Moussu: Zur Function der Glandulae thyroideae accessoriae. — Exner: Die Innervation des M. cricothyreoideus. — Cohen: Unregelmässiger Fremdkörper der Verdauungsorgane glücklich mittelst der Kartoffelnahrung ausgestossen. — Ewé: Oesophagotomie wegen Verengerung. — Ségond: Fremdkörper in der Speiseröhre. — Prof. Dr. Lucae Geh. Medicinalrath. — † Prof. Dr. Johann Schnitzler.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Goblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompertz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. **Berlin, Juni 1893.** **No. 6.**

I. Originalien.

Ueber pyämische Metastasen bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein.

Vortrag,

gehalten auf der II. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. am 20. Mai 1893

von

Dr. **Eulenstein**, Frankfurt a. M.

Meine Herren! Obgleich bei eitrigen Processen im Schläfenbein für die Entstehung von Thrombosen ein sehr günstiger Boden vorhanden ist, da die im Knochen verlaufenden Venen bei einer Erkrankung desselben fast nothwendig in Mitleidenschaft gezogen werden müssen, und da weiter grössere Venensinus oft in unmittelbarer Nähe des Eiterherdes sich befinden, so ist doch das Auftreten von Pyämie, das ja in vielen Fällen eine Folge vorausgegangener thrombotischer Processe ist, verhältnissmässig selten. Neben der embolischen Entstehung von Pyämie, bei der ein durch Eitercoccen erweichter Thrombus diese in die Blutbahn bringt und an einem entfernten Platz deponirt, wo sie dann wieder in Folge ihrer vitalen Eigenschaften neue Entzündungs- und Eiterherde schaffen, neben dieser durch Vermittlung von Thromben entstehenden Aufnahme von Eitererregern ist aber auch eine directe Aufnahme dieser in den

Digitized by Google

Blut- und Säftestrom wahrscheinlich, so dass auch ohne vorausgegangene Thrombose Verschleppungen von Coccen mit nachfolgenden metastatischen Eiterherden vorkommen.

Das grösste Contingent der bei Otitis media purulenta resp. Schläfenbeinerkrankungen beobachteten Pyämieen stellen die chronischen Processe. Bei der zunehmenden Würdigung der Erkrankungen des Ohres, wie sie in ärztlichen und auch in Laienkreisen immer weiter Platz gegriffen hat, und bei dem frischen Zug, der z. Z. durch die operative Ohrenheilkunde geht, dürfen wir erwarten, dass die Fälle von Pyämie aus chronischen Ohreiterungen in der Folge immer seltener werden. Recht selten dagegen ist eine Pyämie, die durch acute Mittelohr- und Schläfenbein-Erkrankungen hervorgerufen wird. Dieselbe muss unsere Aufmerksamkeit weniger als rara avis, sondern vielmehr in therapeutischer Beziehung in Anspruch nehmen, da es bei eingehenderem Studium derselben vielleicht gelingt, Anhaltspunkte für die Indication zu einer rechtzeitig eingreifenden Therapie zu finden, bei deren Versäumniss das Leben des Patienten auf dem Spiele steht, und da wir bei allzu langem exspectativen Verhalten bei einer acuten, und manchmal sogar recht acuten Sache den Zeitpunkt leicht verpassen können, dessen Erfassen den Patienten vor dem Ausbruch der Pyämie hätte retten können, oder wenigstens hätte verhüten können, dass immer neue Einwanderungen von Eitererregern in die Blutbahn erfolgten. Ich wenigstens würde mich nicht bei der von Hessler angeführten Thatsache beruhigen können, dass Fälle bekannt geworden sind, wo Otitis-Pyämieen auch ohne eingreifende Therapie geheilt worden sind, um so weniger, als wir heutzutage unter dem Schutze der Antiseptik und einer täglich sich mehrenden Erfahrung nicht nur berechtigt, sondern meines Erachtens verpflichtet sind, dem Erkrankungsherd, wenn irgend möglich, energisch zu Leibe zu gehen.

In der im Archiv f. Ohrenheilk. enthaltenen Literatur, die theils aus Originalberichten, theils aus Referaten sich zusammensetzt, konnte ich im Ganzen 26 Fälle von Pyämie bei acuter Mittelohr- und Schläfenbeinerkrankung finden, davon müssen von vornherein 2 ausgeschieden werden, nämlich ein Fall von Roosa, der von verschiedenen Seiten verschieden gedeutet wurde und darum strittig ist, und ein Fall von Bonnet, in dem es sich um eine Ohreiterung mit Sinusphlebitis handelt, die aber als Ausdruck einer bereits bestehenden puerperalen Pyämie aufzufassen ist. Es bleiben demnach 24 Fälle übrig. Von diesen wurden beobachtet:

in der Klinik von Schwartze = 6, von Moos 2, von Hessler 2, von Herwet, Beck, Kessel, Dalby, Tourneret, Guerder, Dreyfuss, O. Wolf, Chimani, Kiesselbach, Bacon, Wagenhäuser, Jansen, Szenes je 1.

Im Anschluss an andere Erkrankungen wurden beobachtet 7 Fälle, und zwar:

in Folge von Scharlach . . = 2,
„ „ Angina . . . = 2,
„ „ Influenza . . . = 2,
„ „ Masern . . . = 1,

Unabhängig von anderen Erkrankungen 17 Fälle.

Für das Zustandekommen der Pyämie müssen zunächst die Erkrankungen der Venen resp. Hirnsinus unser Interesse in Anspruch nehmen,

Digitized by Google

denen man früher, wie es scheint, doch vielleicht eine zu grosse Rolle dabei zugetheilt hat. Es fanden sich

Thrombosen im Sinus transv. (einschliesslich der Vena jugularis) . . . . . in 8 Fällen,
Thrombose im Sin. petr. sup. u. cavernos in 1 Fall,
Wahrscheinliche Thrombosen (Anschwellung in der Gegend des Sternocleidomast.) in 4 Fällen,
Keine Thrombosen . . . . . in 11 Fällen.

Das Verhältniss der Metastasen zu den Thrombosen stellt sich folgendermaassen dar:

Thrombosen mit Metastasen . . . . . = 7 Fälle,
Wahrscheinliche Thrombosen mit Metastasen = 2 Fälle,
Thrombosen ohne Metastasen . . . . . = 3 Fälle,
Wahrscheinliche Thrombosen ohne Metastasen = 2 Fälle,
Metastasen ohne Thrombosen . . . . . = 8 Fälle,
Keine Thrombosen und keine Metastasen . = 2 Fälle.

Nach dieser Zusammenstellung trifft, wenigstens für die an acute Ohreiterungen sich anschliessenden Pyämiefälle, die Voraussetzung nicht zu, dass für ihr Zustandekommen in überwiegender Mehrheit Sinusthrombosen verantwortlich zu machen sind. Hessler (Archiv f. Ohrenheilkunde, Band XX, Seite 223 etc.) hat in seiner 8 Fälle umfassenden Statistik bereits auf dieses Verhalten hingewiesen, indem er feststellte, dass von 5 Otitispyämiefällen mit Metastasen nur in einem Falle die Vereiterung eines Thrombus im Sinus lateral nachgewiesen war. Für die Entstehung solcher Fälle müssen wir theils Osteophlebitiden in der Pauke oder im Warzenfortsatz, theils die directe Aufnahme von Eitercoccen in die Blutbahn, ohne dass es zu Thrombosen insbesondere, ehe es zu Sinusthrombosen kommt, verantwortlich machen.

Es ergiebt diese Zusammenstellung ferner, ebenso wie die von Hessler, dass das Vorhandensein oder Fehlen von Metastasen keine Rückschlüsse auf eine vorhandene Thrombose in einem grösseren resp. kleineren Sinus gestattet, wie dies von Moos in einem Falle versucht wurde.

Unter den pathognostischen Zeichen der Pyämie gilt, für die meisten Fälle wenigstens, das Auftreten von Frösten als eines der characteristischsten, deren Stärke in den weitesten Grenzen schwanken kann, und welche die erfolgte Aufnahme von Eitererregern in das Blut signalisiren; dass diese Fröste zuweilen, bei trotzdem unzweifelhafter Pyämie, fehlen können, steht fest. In unseren 24 Fällen sind Fröste überhaupt notirt in 17 Fällen, keine Fröste in 7 Fällen.

Das Verhältniss der Fröste zu den Metastasen ist folgendes:

Es sind notirt Fröste mit Metastasen in 11 Fällen,
Fröste ohne Metastasen in 6 Fällen.
Summa 17 Fälle.

Ferner finden sich Metastasen, ohne dass Fröste notirt sind, in 6 Fällen.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle mit Metastasenbildung geht demnach mit Frösten einher.

Digitized by Google

Die Fröste verhalten sich zu den Thrombosen wie folgt:

In 9 Fällen sicher constatirter Thrombosen sind 5 Mal Fröste, 4 Mal keine Fröste notirt.

In 4 Fällen wahrscheinlicher Thrombosen finden sich 4 Mal Fröste notirt.

Es erschien mir weiter von Wichtigkeit, zu untersuchen, wie sich das Auftreten von Frösten zeitlich zu der Vornahme operativer Eingriffe stellt. Es sind Fröste in 7 Fällen ausdrücklich als vor der Operation stattfindend notirt, in 6 Fällen nach der Operation, und zwar ein Mal ein einmaliger Frost, in 5 Fällen wiederholte Fröste. In den übrigen 4 Fällen fehlen diesbezügliche Angaben. Zur Erklärung der Fälle von Frösten nach der Operation müssen wir entweder annehmen, dass der primäre Erkrankungs- und Resorptionsherd nicht vollständig durch den Eingriff entfernt war, oder dass schon verschleppte Eitercoccen durch Vermehrung noch weitere Verschleppungen erfahren haben, so dass also ein bereits bestehender metastatischer Herd die Ursprungsstätte für neue Infection und Metastasenbildung abgiebt und so die Rolle des operativ entfernten primären Herdes übernimmt.

Was nun das Auftreten metastatischer Herde betrifft, so finden sich solche in den 24 Pyämiefällen überhaupt 16 Mal. Sie vertheilen sich auf die verschiedenen Körperregionen wie folgt:

Es waren befallen:

Lunge und Pleura	8 Mal,
Kniegelenk	4 Mal,
Sternoclaviculargelenk	2 Mal,
Niere	2 Mal,
Hüftgelenk, Ellenbogengelenk, Schultergelenk, Phalangometatarsalgelenk, Gehirn, Milz, Peritoneum, Netzhaut, Schleimbeutel am Schultergelenk, Oberarmmuskulatur, Glutäalmuskulatur, Nacken- und Halsmuskulatur, Kreuzbeingegend	je 1 Mal,

Nicht näher bezeichnete Stellen.

Sofort in die Augen fallend ist das Ueberwiegen der Metastasen in den Gelenken, nämlich 10 Mal, und in den Lungen und Pleuren 8 Mal. Ueber diese Bevorzugung der Gelenke beim Auftreten von Metastasen ist pathologisch-anatomischerseits eine Erklärung bis jetzt nicht gefunden worden.

Bei der Häufigkeit der Lungen- und Pleuraerkrankungen könnte man auch wieder zu der Annahme gelangen, dass besonders thrombotische Processe eine hervorragende Rolle spielen müssten, da ein vom Sinus aus verschleppter Thrombus vom Herzen aus zuerst das Lungencapillarnetz passiren muss und hier leicht Gelegenheit zur Einkeilung findet. Auch hier stellt sich jedoch das Verhältniss zu Ungunsten der Thrombosen dar, indem von den 8 Fällen sich nur 3 Mal Sinusthrombosen notirt finden, während dies 5 Mal nicht der Fall ist.

Die Gehirnabscesse, sowie die Meningitiden ex Otitide müssen, sofern sie nicht in directem localen Zusammenhang mit der Primärerkrankung stehen, wohl gleichfalls als Metastasen aufgefasst werden.

Digitized by Google

Was die Ausgänge der 24 Pyämiefälle betrifft, so ist verzeichnet

Tod	in 13 Fällen,
Heilung	in 10 Fällen,
Ausgang nicht angegeben .	in 1 Fall.

Von den 9 Fällen sicher constatirter Sinusthrombosen starben 8, während bei einem der Ausgang nicht angegeben ist, doch werden wir nicht fehlgehen, denselben zu den lethal verlaufenen zu zählen; es handelte sich um Gehirnabscess (siehe Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 12, S. 227). Es müssen demnach die Sinusthrombosen zur Zeit noch als prognostisch ungünstig betrachtet werden; eine Unterbindung der Vena jugul. ist in keinem der obigen Fälle gemacht worden, und muss erst eine grössere Beobachtungsreihe über die Erfolge dieser Operation vorliegen, ehe wir die Prognose anders zu stellen berechtigt sind. (Dass die Unterbindung der Jugularis resp. Ausräumung des erkrankten Sinus die Prognose günstiger gestalten werden, ist nach dem bis jetzt darüber Bekannten wohl anzunehmen.) Die Ausgänge der mit Metastasen überhaupt einhergehenden 17 Fälle war in 10 resp. 11 Fällen der Tod, in 6 Heilung. Von diesen 10 resp. 11 Todesfällen fallen allein 5 auf solche, die mit Lungen- und Pleurametastasen eingergingen, während nur 1 solcher Fall zur Heilung kam. Die übrigen Fälle vertheilen sich auf die oben genannten Körpertheile. Wir müssen also die Complication mit Lungen- und Pleurametastasen gleichfalls als prognostisch ungünstig auffassen.

Von grossem Werthe wäre es weiter, festzustellen, in wie weit die Vornahme operativer Eingriffe auf die Ausgänge Einfluss geübt hat oder nicht, doch sind die Angaben in 10 Fällen diesbezüglich so mangelhaft oder überhaupt ganz fehlend, da besonders in den Referaten die eingehenderen Krankengeschichten natürlich nicht beigefügt sind, dass ich mich darauf beschränken muss, zu erwähnen, dass die vorgenommenen Operationen in der Paracentese des Trommelfells, in dem Wilde'schen Schnitt und in der Eröffnung des Proc. mastoid. in verschiedener Ausdehnung bestanden; bei manchem dieser Fälle konnte ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Operation zu spät vorgenommen wurde.

Von den 13 Todesfällen sind 12 Sectionsberichte vorhanden, dieselben enthalten ausser den Daten, die sich auf die obengenannten Thrombosen und Metastasen beziehen, noch folgende erwähnenswerthe Punkte. Es wurde constatirt ein Mal als Todesursache Osteophlebitis des Schläfenbeins, Tod durch Druck von Thromben auf Vagus, Glossopharyngeus und andere Gehirnnerven; ferner einmal Caries des Paukendaches und Ansammlung von Eiter zwischen Dura und Tegmen tympani; ein Mal Pseudomembranen auf der Arachnoidea, ein Mal Anfüllung des Mittelohrs mit dickem fötiden Eiter, ein Mal Meningitis universalis, ein Mal Zerstörung der Sinuswand und eitrig zerfallene Partie an der unteren linken Kleinhirnfläche; ein Mal wurde ausdrücklich das Antrum als frei angegeben.

Noch weniger, als die vorhandenen Angaben über die Operationen, lassen sich die Temperaturangaben statistisch verwerthen, da dieselben nur in ganz wenigen Fällen genügend genau und übersichtlich veröffentlicht sind; ich bedaure dies um so lebhafter, als mir bei den acuten Fällen ganz besonders die Temperaturverhältnisse zuweilen die einzigen

Digitized by Google

Anhaltspunkte für die richtige Auffassung und vor Allem für die nothwendigen und rechtzeitigen therapeutischen Maassnahmen zu sein scheinen. Der hohe Werth der Thermometrie für intracranielle Complicationen wurde von Werden an der Hand eines Falles dargethan; erlauben Sie mir, Ihnen im Folgenden eine Krankengeschichte mitzutheilen, aus der die Wichtigkeit der Temperaturverhältnisse bei acuten Ohreiterungen überhaupt hervorgeht, die hier fast den einzigen Fingerzeig für ein richtiges chirurgisches Vorgehen abgaben, und ohne deren richtige Würdigung nach der ganzen Sachlage ein ungünstiger Ausgang unvermeidlich gewesen wäre. Der Fall bietet auch in seinem Verlaufe manches Interessante dar.

Patientin, 11 Jahre alt, erkrankte am 31. März d. J., nachdem sie soeben eine leichte Angina lacunaris überstanden hatte, an heftigen Schmerzen im linken Ohre und Schwerhörigkeit. Ich sah Patientin zum ersten Mal am 1. April und konnte folgenden Befund constatiren:

Linkes Trommelfell, soweit es sichtbar, ist geröthet, z. Th. von aufgelockerter Epidermis bedeckt, in der hinteren Trommelfellhälfte eine den grössten Theil derselben verdeckende blaurothe Blase, in der Tiefe des Gehörgangs, der nicht geschwollen ist, eine geringe Menge röthlicher Flüssigkeit. Proc. mastoid. nur auf starken Druck etwas empfindlich. Keine Schwellung und Röthung auf demselben. Bei dem Versuche, die vor dem Trommelfell liegende Feuchtigkeit wegzutupfen, platzte die erwähnte Blutblase und sank unter Entleerung einer geringen Menge blutig gefärbten Serums zusammen. Anscheinend kein Fieber, darum keine Messung.

Am 2. April entsprechend dem unteren Rande der geplatzten Blase eine ca. stecknadelkopfgrosse Perforation nachweisbar. Geringe eitrige Absonderung. Schmerzen dauern an. Abends und Nachts soll Fieber bestanden haben.

3. April. An der Perforationsstelle eine kleine Granulation; dieselbe wird abgetragen, danach gute Durchgängigkeit der Perforation constatirt, jedoch nur wenig Eiter entleert. Mässige Schmerzen im Ohr dauern fort. Kopfschmerzen. Druckempfindlichkeit am Proc. mastoid. nicht stärker, wie von Anfang an. Temp. schwankt zwischen 38,0 und 39,0°. Ordin.: Eisblase auf Kopf und Proc. mastoid. Priesnitz auf die Ohrgegend.

4. April. Temp. Abends 39,7°. Keine Aenderung.

5. April. Temp. 38,0—40,2°. Secretion auffallend gering bei völlig gut durchgängiger, genügend grosser und günstig gelegener Perforationsöffnung. Schmerzen dauern fort. Die Druckempfindlichkeit des Proc. mastoid. hat sich nicht gesteigert. Keine Schwellung.

6. April. Schmerzen bestehen fort. An der Perforationsöffnung sitzt wieder eine kleine Granulation, die jedoch die Durchgängigkeit nicht beeinträchtigt. Temp. 37,3—40,4°.

7. April. Vergleichende Percussion der Proc. mastoidei ergiebt keine Schalldifferenz. Unter Assistenz des Herrn Dr. Körner und des stellvertretenden Hausarztes Dr. M. Hirsch, welche seit dem 5. April die Patientin gemeinschaftlich mit mir behandelten, schritt ich zur Aufmeisselung des äusserlich gesunden, sehr blutreichen Warzenfortsatzes. In der Tiefe fanden sich Eiter und Granulationen, die mit dem scharfen Löffel entfernt wurden; dabei zeigte es sich, dass die Erkrankung nicht nach

Digitized by Google

dem Antrum hin sich erstreckte, sondern direct nach dem Sinus transversus zu; unter vorsichtiger Anwendung des scharfen Löffels bis an den Sinus hin wurde derselbe in der Ausdehnung von ca. 1 Ctm. blossgelegt. Es quoll sofort zwischen Sulc. transversus und häutigem Sinus, ungefähr entsprechend seiner Umbiegungsstelle nach medianwärts etwas Eiter hervor. Mehrmaliges vorsichtiges Eingehen mit dem kleinen scharfen Löffel, Schneide natürlich dem Knochen zugewendet, zwischen Sulcus und Sinus förderte schwammige Granulationen zu Tage. Um mich schliesslich zu überzeugen, ob alles Kranke entfernt sei, ging ich dann nochmals ein, dabei erfolgte eine Sinusblutung, die jedoch sofort auf Jodoformgazetamponade stand, während sich keine Granulationen mehr im scharfen Löffel befanden. Nachdem ich mich überzeugt, dass nach dem Antrum zu der Knochen gesund war, verzichtete ich auf die Eröffnung desselben. Jodoformpulver in die Wundhöhle, Jodoformgaze.

8. April. Schmerzen in der Gegend des r. Proc. coracoid. Temp. 36,5—39,4°.

9. April. Die Schmerzen werden jetzt mehr medianwärts in der Gegend des r. Sternoclaviculargelenkes geklagt; dortselbst Schwellung. Der rechte Fuss ist in seinen hinteren und unteren Partieen zeitweise schmerzhaft, doch ist objectiv nichts nachweisbar. Temp. 37,9—38,3°.

10. April. Temp. 35,1°. Mittags Frost (kein Schüttelfrost). Temp. Abends 40,7°. Verbandwechsel, Wunde in Ordnung, im Gehörgang kein Eiter.

12. April. Wieder Frieren vor dem abendlichen Temperaturanstieg. Temp. 37,8—40,3°.

13. April. Ueber dem Sternoclaviculargelenk in der Tiefe leichte Fluctuation. Incision in Narcose, Entleerung von Eiter, der sich etwas hinter die Clavicula herabgesenkt hatte. Um sicher zu gehen, dass nicht das noch nicht freigelegte Antrum noch eine Quelle für die weitere Eiterresorption abgebe, öffnete ich dasselbe nachträglich; dasselbe enthielt aber weder Eiter noch Granulationen. Temp. 37,6—39,5°. Am rechten Fuss zwischen Achillessehne und Knöchel minimale Schwellung. Von jetzt ab Temperatur per rectum gemessen, wobei zu bemerken, dass durch eine vergleichende Messung ein Unterschied von einem ganzen Grad zwischen Rectum und Achselhöhlentemp. festgestellt wurde.

15. April. Aussetzender Puls. Dermatolgaze statt Jodoform. Temp. 37,8—38,1°.

16. April. Puls regelmässig. Leichte Schwellung an der Vorderseite des Fusses. Temp. 37,8—39,3°.

17. April. Temp. 40,1°. Da sich deutliche Fluctuation an der vorderen Seite des rechten Fussgelenkes bemerklich macht, eröffnete ich zu beiden Seiten das Gelenk; Drainage quer durch's Gelenk, nachdem eine reichliche Menge sero-purulenter Flüssigkeit entleert war. Von da ab rasche Heilung ohne weiteren Zwischenfall. Das Trommelfell hat sich geschlossen; Hörfähigkeit normal; Gebrauchsfähigkeit des Fussgelenks vollständig erhalten. Heilungsdauer 6 Wochen.

Zur Vornahme der ersten Operation bestimmte mich Folgendes: Es bestand, trotz einer an günstiger Stelle gelegenen Perforation, die genügend frei durchgängig sich erwies, auch keine Vorbuchtung des Trommelfells vorhanden war, ein intermittirendes Fieber mit sehr hohen Abend-

Digitized by Google

temperaturen. Da nun durch wiederholte eingehende Untersuchungen des übrigen Körpers eine fieberhafte Erkrankung irgend eines anderen Organs auszuschliessen war, so musste das Fortbestehen des intermittirenden Fiebers in Zusammenhang mit der Ohreiterung gebracht werden, und waren hier zwei Möglichkeiten zu berücksichtigen. Entweder war eine Eiterretention in der Pauke da, oder es war die Pauke nicht der alleinige Erkrankungsherd. Eiterretention glaubte ich aus der bereits oben ausgeführten Schilderung des Ohrbefundes ausschliessen zu können, auch waren die vorhandenen Schmerzen keineswegs von solcher Heftigkeit, wie sie bei Retention häufig sind, ich konnte mir darum auch von der Erweiterung der Perforation keinen Nutzen versprechen.

Es erübrigte demnach nur die zweite Annahme, und hielt ich mich darum verpflichtet, durch Aufmeisselung des Knochens diesen Herd aufzusuchen, obgleich äussere Zeichen einer Erkrankung des Proc. mastoid. fehlten; die Druckempfindlichkeit war stets keine sehr starke gewesen, so dass sie nicht wesentlich in die Waagschale fiel, auch die als characteristisch angegebenen Nackenschmerzen fehlten. Ich halte darum in Fällen, wo nach erfolgter Perforation die Temperaturen intermittirenden Character mit starkem Anstieg annehmen und eine Eiterretention in der Pauke auszuschliessen ist, die Eröffnung des Proc. mastoideus zur Aufsuchung eines weiteren bestehenden Erkrankungsherdes für durchaus nothwendig, selbst wenn die üblichen äusseren Zeichen der Warzenfortsatz-Erkrankung fehlen. Ich hätte mir, falls sich meine Erwägungen, die mich zur Operation bestimmten, als falsch erwiesen hätten und ich einen Eiterherd im Proc. mastoid. nicht gefunden hätte, keine Vorwürfe zu machen brauchen, da die Operation an sich, wenn sie die anatomischen Verhältnisse berücksichtigt, als gefährlich nicht bezeichnet werden kann, wohl aber hätte ich mich im Unterlassungsfalle vom chirurgischen Standpunkte einer groben Unterlassungssünde zeihen müssen. Ich würde bei solchen Temperaturverhältnissen und unter den obigen Voraussetzungen es selbst für gerechtfertigt halten, falls im Proc. mastoid. und im Antrum Eiter nicht gefunden würde, auch noch die m. Schädelgrube zu eröffnen resp. den Sinus freizulegen, um auf einen möglicher Weise dort liegenden Eiterherd zu fahnden.

Was das Zustandekommen der Metastasen betrifft, so wäre es wohl denkbar, dass das Einreissen der bereits erkrankten Sinuswand und die Eröffnung dieser grossen Blutbahn leicht eine Verschleppung von Coccen ermöglicht hätte, doch glaube ich dies, bei der Gründlichkeit, mit der alles Kranke entfernt wurde, ausschliessen zu können; vielmehr wahrscheinlich scheint es mir, dass bereits vor der Operation eine Verschleppung nach der Claviculargegend stattgefunden hat, dafür spricht der bereits vor der Operation ausgesprochene intermittirende Fiebertypus, der trotz Fehlen eines Schüttelfrostes Eiterresorption andeutete. Das am 3. und 5. Tage nach der Operation auftretende Frieren mit folgender Temperatursteigerung kann wohl nur so gedeutet werden, dass von der Metastase an der Clavicula aus weitere Verschleppung nach dem Fussgelenk stattgefunden hat, da der Herd im Proc. mastoid. und am Sinus transversus vollständig entfernt war und, wie sich zeigte, auch Antrum

Digitized by Google

und Mittelohr nicht mehr als Ausgangspunkte weiterer Resorption von Eiterstoffen angesehen werden konnten.

Schliesslich möchte ich Sie noch auf die enorme Temperaturschwankung am 10. April aufmerksam machen, die sich zwischen 35,1 und 40,7° bewegte, also 5,6° umfasste; eine Temperaturschwankung in solchen Grenzen darf wohl als grosse Seltenheit angesehen werden.

Ueber den Gebrauch von Dilatationssonden in der Rhinochirurgie.

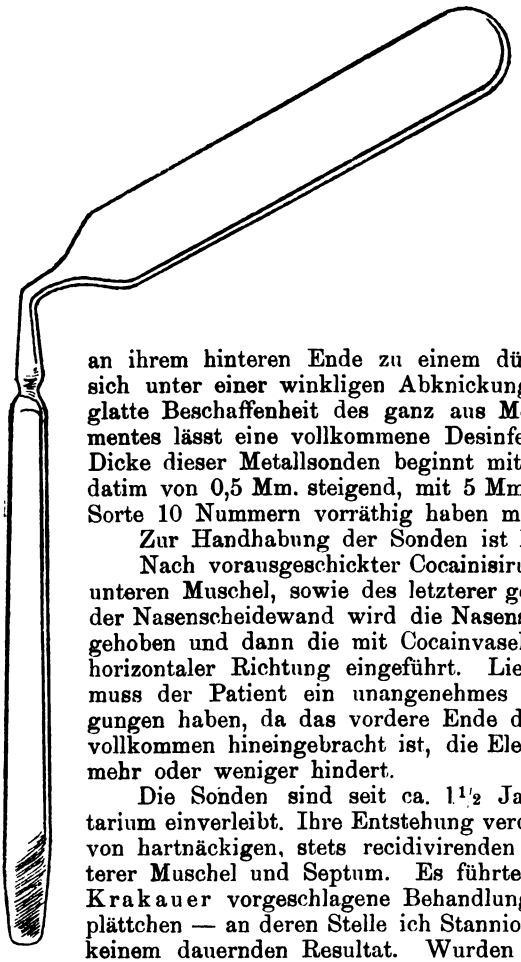
Von

Dr. **Ernst Winckler** in Bremen.

Die Idee, die stenosirten unteren Nasengänge — ähnlich wie die Harnröhre — mit Bougies zu behandeln, ist eine alte. Indess scheinen fast alle Empfehlungen dieser Behandlungsweise mehr oder weniger in Vergessenheit gerathen zu sein. Zum Theil mag dies wohl darin seinen Grund haben, dass die Nasenbougies die gleiche Form erhielten, wie die für die Harnröhre bestimmten. Mit der runden Form der letzteren — welche z. B. seiner Zeit Chiari seinen medicamentösen Nasenbougies gab — kann jedoch in der Nase nur sehr wenig Zwecken gedient werden. Man wird zwar mit dem Medicament, welches dem Bougie mitgegeben ist, auf einzelne Schleimhautpartien wirken können, nie dagegen dürfte man mit einem derartig geformten Instrument die andere, wohl noch wichtigere Aufgabe des Bougies, eine gleichmässige Dilatation herbeizuführen, erfolgreich lösen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, müssen die in der Rhinochirurgie zur Verwendung kommenden Bougies eine andere Gestalt erhalten. Sie sollen dem Raum zwischen Septum und unterer Muschel eine grössere Weite geben. Dies kann ein rundes Bougie — wie der Blick auf jede anatomische Darstellung des Naseninnern lehrt, nicht oder nur unvollständig zu Stande bringen; denn durch das Einlegen eines runden Instrumentes erreicht man höchstens eine theilweise Erweiterung des erwähnten Raumes, indem entweder der untere oder der obere Abschnitt der Schleimhaut der unteren Nasenmuschel zurückgedrängt wird. Will man Bougies zur Dilatation dieses Raumes benutzen, so müssen diese, um einen Druck auf die ganze untere Muschel ausüben zu können, eine gewisse Breite haben. Sie müssen demnach eine flächenhafte Gestalt erhalten.

Durch diese Erwägungen bestimmt, habe ich mir Metallsonden construiren lassen, bei welchen der in die Nase einzulegende Theil die Form eines Rechteckes hatte, dessen Höhe der der unteren Nasenmuschel und dessen Länge der des unteren Nasenganges entsprachen. Ich bin bisher mit 2 Grössen ausgekommen, doch wird im gegebenen Falle noch die Höhe des kleineren Instrumentes bei sehr engen vorderen Nasenaperturen zu modificiren sein. Bei den grösseren Instrumenten hat die in die Nase einzuführende Platte eine Länge von 90 Mm. und eine Höhe von 14 Mm. erhalten, während sie bei den kleineren 70 Mm. lang und 10 Mm. hoch ist. Die Ecken und Kanten der aus Neusilber angefertigten Platten

Digitized by Google



müssen gut abgerundet sein, da sie im anderen Falle sowohl beim Einführen an den vorderen Nasenöffnungen, als auch beim Liegenlassen im unteren Nasengang durch Druck empfindliche Schmerzen auslösen. Was die weitere Form des kleinen Instrumentes anbelangt, so ergiebt sich dieselbe aus der Skizze. Die Platte verjüngt sich an ihrem hinteren Ende zu einem dünnen Stabe, an welchen sich unter einer winkligen Abknickung der Griff ansetzt. Die glatte Beschaffenheit des ganz aus Metall bestehenden Instrumentes lässt eine vollkommene Desinfection desselben zu. Die Dicke dieser Metallsonden beginnt mit 1 Mm. und endigt, gradatim von 0,5 Mm. steigend, mit 5 Mm., so dass man von jeder Sorte 10 Nummern vorräthig haben muss[1]).

Zur Handhabung der Sonden ist Folgendes zu bemerken:

Nach vorausgeschickter Cocainisirung des Nasenbodens, der unteren Muschel, sowie des letzterer gegenüberliegenden Theiles der Nasenscheidewand wird die Nasenspitze des Patienten stark gehoben und dann die mit Cocainvaseline bestrichene Platte in horizontaler Richtung eingeführt. Liegt die Sonde richtig, so muss der Patient ein unangenehmes Gefühl bei Schluckbewegungen haben, da das vordere Ende der Platte, falls die Sonde vollkommen hineingebracht ist, die Elevation des Velum palatin. mehr oder weniger hindert.

Die Sonden sind seit ca. 1 1/2 Jahren meinem Instrumentarium einverleibt. Ihre Entstehung verdankten sie einigen Fällen von hartnäckigen, stets recidivirenden Synechien zwischen unterer Muschel und Septum. Es führte hier die seiner Zeit von Krakauer vorgeschlagene Behandlung: Einlegen von Cartonplättchen — an deren Stelle ich Stanniolplatten verwandte —, zu keinem dauernden Resultat. Wurden die Platten fortgelassen, so hatte sich nach kürzerer oder längerer Frist die Synechie wieder gebildet. Im Laufe der Zeit wurden dann die Sonden auch dazu benutzt, hochgradige Schleimhautschwellungen der unteren Nasenmuscheln schnell zurückzudrängen, um dadurch womöglich schon bei der ersten Untersuchung des Patienten Raum für eine genaue Rhinoscopie der oberen Nasentheile zu gewinnen. Der Gebrauch der angegebenen Instrumente findet demgemäss statt: 1) zu diagnostischen und 2) zu therapeutischen Zwecken.

In einer Anzahl von Fällen, bei denen das Knochengerüst der Nase

---

[1]) Die Sonden sind von dem Instrumentenmacher Herrn Fehrmann — Bremen, Sögestrasse 7 — angefertigt worden.

Digitized by Google

im Allgemeinen eine normale Weite hat, erhält man nach der Cocainisirung des Naseninnern nicht die genügende Weite, um sich über alle bei der vorderen Rhinoscopie wahrzunehmenden Theile gut informiren zu können. In erster Linie sind es die Schleimhauthypertrophieen der unteren Muscheln, welche selbst oft durch eingelegte Bäusche von Watte mit Cocainvaseline (letzteres empfiehlt sich zu diesem Versuch mehr als die Cocainlösung, da von dieser fast regelmässig eine grössere oder geringere Menge den Patienten in den Rachen läuft und dort die bekannten unangenehmen Sensationen auslöst) zur guten Orientirung nicht ausreichend zurückzudrängen sind.

Man bleibt über den Ursprung dieser Schleimhautschwellung im Unklaren, übersieht bei der unvollkommen auszuführenden Untersuchung eine sie vielleicht veranlassende Nebenhöhleneiterung oder andere, den chronischen Reizzustand der ganzen Nasenschleimhaut unterhaltende Erkrankungen der oberen Räume (kleine Polypen, Fremdkörper, Sequester etc.). In solchen Fällen — und diese werden auch bei Ausübung meines Verfahrens nicht ausbleiben — muss man dann die weitere Untersuchung nachträglich vervollständigen und zunächst die vorliegende Schwellung der unteren Muschel durch Application des Galvanocauters oder eines Aetzmittels verkleinern. Indess ist dies doch sehr häufig, wie ich nach meinen Versuchen mit der fortschreitenden Dilatation versichern kann, zu umgehen, und sollte man in allen derartigen Fällen diesen höchst einfachen Versuch zum Nutzen der Kranken nicht unterlassen. Ist die Schleimhautschwellung die Folge einer jener soeben erwähnten Localerkrankungen, dann geht dieselbe in der Mehrzahl der Fälle mit der erfolgreichen Behandlung dieser Localerkrankungen spontan zurück. Andernfalls bleibt ja dann noch immer Zeit genug, den unteren Muscheln seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, wenn man nur zunächst die zweifelsohne für die Therapie viel wichtigeren Nebenhöhlen-Erkrankungen etc. beseitigt hat. Um derartige Zustände in solchen Fällen nicht zu übersehen, verfahre ich in der Weise, dass ich — falls die Dilatation mit einem eingelegten Wattebausch unzureichend ausfällt — mit der Einführung der dünnsten Nummer meiner Platten beginne und dann die nächsten je nach der individuellen Empfindlichkeit des Patienten schneller oder langsamer hintereinander folgen lasse, bis ich eine genügende Weite zur Inspection erlangt habe. In der Regel dauert die ganze Manipulation nicht länger, als 15 Minuten. Man geniesst nach derselben gleichzeitig den Vortheil, die in dieser Weise behandelten Schleimhautflächen so unempfindlich vor sich zu haben, wie ich dies mit den bisher üblichen Methoden der Cocainisirung noch nicht erreicht habe.

Da durch das Dilatationsverfahren die Circulationsverhältnisse in der Nase eine sehr rapide Aenderung erfahren, so ist dasselbe bei allen den Fällen mit der grössten Vorsicht auszuüben, in denen die Nasenstenose bereits zu Kreislaufsstörungen in den Nachbarorganen Veranlassung gegeben hat. Für contraindicirt möchte ich es dort halten, wo irgendwie bemerkbare Stauungserscheinungen in den Orbitalgefässen mit der vorliegenden Nasenerkrankung in Zusammenhang zu bringen sind — namentlich bei Einschränkung des Gesichtsfeldes. Hierauf des Näheren einzugehen, liegt ausser dem Bereich meiner Notiz; auch sind die Gründe dieser Contraindication den Lesern durch Ziem's Publicationen über diesen Gegenstand sehr wohl bekannt.

Digitized by Google

Fand sich bei den in Rede stehenden Fällen nach der vorausgeschickten Dilatation keine weitere Erkrankung des Naseninnern, lag also lediglich eine isolirte Schleimhauthypertrophie der unteren Muscheln vor, so wurde durch die Dilatation — (und damit komme ich zu dem, was die Sonden in der Therapie geleistet haben) — in fast allen Fällen ein so weiter Raum geschaffen, dass Aetzungen oder galvanocaustische Operationen an der unteren Muschel bequem und unter genauer Controle bis an das hintere Muschelende ohne die Gefahr einer Verletzung des Septums ausgeführt werden konnten. Es sei daher in der Therapie der Versuch mit den Dilatationssonden zuerst dort empfohlen, wo Eingriffe an den unteren Muscheln indicirt erscheinen, diese jedoch trotz vorausgeschickter Cocainanästhesie dem Septum so dicht anliegen, dass selbst die dünnen Schech'schen Brenner kaum zwischen beiden durchgeführt werden können. Man kann sich ja in diesen Fällen dadurch vor Verletzungen des Septums schützen, dass man Brenner mit Schutzplatten verwendet. Doch arbeitet man mit einem solchen Brenner unter derartig ungünstigen Raumverhältnissen im Blinden. Mit der vorausgeschickten Dilatation erreicht man fast immer einen Spalt, in dem man sowohl eine Uebersicht des zu behandelnden Terrains hat, als auch einen dünnen Brenner unter Controle des Auges bewegen kann.

In zweiter Linie wurden die Sonden bei der Behandlung der Synechien verwandt Es wurde dabei in folgender Weise vorgegangen: Nachdem die Verwachsungen zwischen unterer Muschel und Septum, um welche es sich hier handelt, mit Scheere oder Messer durchtrennt worden waren, wurde zwischen die Wundflächen ein Jodoformgazestreifen gelegt. Am nächsten Tage kam an dessen Stelle eine dünne Stanniolplatte. Diese wurde nach 24 Stunden durch eine dickere ersetzt. In den nächsten Tagen wurden die Stanniolplatten durch mehrfaches Zusammenlegen noch stärker gemacht und etwa bis zum 6.—8. Tage nach der Operation getragen. War dann die Synechie beseitigt, so erhielt der Patient eine Metallsonde zu eigenem Gebrauch mit der Weisung, dieselbe täglich 1—2 Mal einzuführen. Die ersten Male liess ich dies unter meiner Aufsicht und unter Cocainanästhesie vornehmen. Dann machte es der Pat. selbst und gebrauchte zum Schlüpfrigmachen der Sonde eine verordnete Lanolinsalbe. Die Sonde wurde Anfangs 2 Mal täglich, später 1 Mal pro die, dann nach mehrtägigen Intervallen, die immer länger ausgedehnt wurden, eingeführt. Es gelang unter diesen Maassnahmen, die Wiederverwachsung sehr breiter Schleimhautflächen dauernd zu verhüten. Die Dicke der Sonde, welche dem Patienten mitgegeben wurde, wurde in diesen Fällen je nach der vorher durch die Stanniolplatten erreichten Dilatation des Nasenlumens bestimmt. Es genügte der Gebrauch dieser einen Sonde dem beabsichtigten Zweck vollkommen. Die Dauer der ganzen Behandlung schwankte zwischen 6 und 12 Wochen.

Endlich brauchte ich die Sonden in einem Falle von knöchernem theilweisen Verschluss der linken Choane. Es handelte sich um einen jungen 22jährigen Mann, der angeblich in seinem 4. oder 5. Lebensjahr auf die Nase gefallen war. So lange seine Erinnerung zurückreicht, behauptet er stets durch den Mund geathmet zu haben. Der objective Befund ergiebt eine hochgradige Scoliose des Septums nach links, so dass eine Rhinoscopia anterior dieser Seite ausgeschlossen war. R. lag der tief ausgebuchteten Nasenscheidewand eine hochgradig hypertrophische

Digitized by Google

untere Muschel an. Der Oberkiefer verlief in spitzem hohen Bogen und zeigte eine längsverlaufende, etwas nach rechts gelagerte Leiste. Die Rhinoscopia posterior ergab folgenden sehr interessanten Befund: Während aus der r. Choane das hintere hypertrophische Ende der unteren Muschel ganz beträchtlich vorragte, sah man von der l. Choane nur die Randpartien, von der unteren Muschel gar nichts. Dagegen war die Choane ausgefüllt durch eine breite, vom Septum schräg nach aussen und unten zu verlaufende Leiste, welche unten zwischen sich und Nasenboden, wie oben zwischen sich und Choanenwand je einen kleinen Raum frei liess. Durch den unteren Spalt konnte von vornher eine geknöpfte Sonde sichtbar gemacht werden. Stiess man mit derselben gegen die Leiste, so hatte man das Gefühl, als ob man Knochen berührte. Eine Erklärung dieses höchst seltenen Befundes ist jedenfalls sehr schwierig. Ich meinte ihn mit der früher stattgehabten Verletzung in Verbindung bringen zu müssen. Vielleicht wurde damals ein kleines Stück vom Perichondrium des Septum abgerissen. Dasselbe verlegte zunächst die hintere Nasenapertur durch Anlagerung an das hintere Ende der l. unteren Muschel. Der Reiz dieses flottirenden Stückes unterhielt eine Entzündung der Nasenschleimhaut dabei und zufällige Erosionen am hinteren Ende der unteren Muschel erleichterten das Zustandekommen einer Verklebung des abgerissenen Schleimhautstückes. Im Laufe der Zeit verschmolzen die angrenzenden Schleimhautflächen immer fester und gaben schliesslich den Grund zu der beschriebenen Missbildung, deren Behandlung eine äusserst schwierige und langwierige war. Am 19. Februar 1892 begann dieselbe mit einer Resection des Septums, nachdem bereits im Januar durch mehrfache Cauterisationen die rechte Nasenhöhle für die Nasenathmung zugänglich gemacht war. Abgesehen von einer kleinen Perforation gelang die Geradestellung des Septums ziemlich gut. Am 2. März wurde die Verwachsung mittelst Meissels durchschlagen und sofort ein Jodoformgazetampon eingelegt, da eine profuse Blutung jede weitere Manipulation verbot. 3 Tage später wurde der Tampon entfernt. Pat. konnte unter grosser Anstrengung eine schwache Inspiration durch die linke Nase vornehmen. Tamponade erneuert. 8. März wird No. 1 der kleineren Platten eingeführt. Pat. lernt diese Manipulation sehr schnell und wird am 10. März mit No. 1 und 2 der kleineren Platten einstweilen entlassen. 2. April Galvanocauterisation des hinteren linken Nasenabschnittes und des Restes der Leiste nach oben und aussen hin. Starke Blutung. Tamponade. 3. April. Entfernung des Tampons, Einlegen von No. 1 der grösseren Platte. Patient hat dies unter meiner Controle bis zum 8. April mit No. 2 erreicht und wird abermals entlassen. Er erschien darauf, da er von auswärts war, alle 14 Tage zur Controle und wurde alle 4 Wochen mit einer stärkeren Nummer der Platten entlassen. Bis zum December 1892 hatte er es soweit gebracht, dass er eine 5 Mm. dicke Platte, wenn auch unter einigen Schwierigkeiten, sich einlegen konnte. Die Nasenathmung ist zwar nicht vollkommen, doch in Anbetracht des vorher bestandenen Zustandes eine ganz zufriedenstellende. Die Hauptsache hat zu diesem brauchbaren Resultat zweifelsohne der Patient selbst mit seinem energischen Festhalten an der langwierigen Behandlung geleistet.

Ich wüsste aber nicht, welche bequemeren Mittel man in solchen

Digitized by Google

Fällen derartig energischen Patienten an die Hand geben könnte. Auf einen zweiten Fall, bei welchem dieselben Versuche unter ähnlichen ungünstigen Verhältnissen gemacht werden und die nach dem bisherigen Verlauf ein sehr gutes Resultat erhoffen lassen, will ich nach Abschluss der Behandlung des Näheren eingehen, zumal da derselbe auch für eine fortlaufende Beobachtung günstiger war, weil Pat. hier am Orte lebt.

Vor der Hand lag es mir nur daran, auf dieses höchst einfache Verfahren die Aufmerksamkeit gelenkt zu haben.

Bericht
über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893).

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

Die deutsche otologische Gesellschaft wurde im vorigen Jahre zu Ostern unter den günstigsten Auspicien gegründet und sammelte sich zu Pfingsten des heurigen Jahres abermals eine Schaar von Fachgenossen in Frankfurt a. M., um durch eine grosse Anzahl von Vorträgen und Demonstrationen die vollste Berechtigung der Existenz der neugegründeten Gesellschaft zu beweisen, deren zweiter Congress ebenfalls als vollkommen gelungener bezeichnet werden muss. Wenn Eins auszusetzen wäre, so möchte Ref. die überaus grosse Anzahl der Vorträge und Demonstrationen erwähnen, für welche eine zu kurze Dauer der Tagung anberaumt wurde, und in Folge dessen man am zweiten Tage etwas zu rasch arbeiten musste, und sowohl Vortragende als auch Discutenten oft an das für den Betreffenden so schwerfällige „Kurzfassen" ermahnt werden mussten, ja, es wurde sogar ein Mal darüber abgestimmt, ob über einem Vortrage discutirt werde oder nicht. Hoffentlich wird's im nächsten Jahre besser werden und wird der Vorstand freigiebiger in der Bestimmung der Dauer des Congresses sein, wodurch dann Jedermann seine Mittheilungen ganz nach Herzenslust geben kann.

Von geschäftlichen Mittheilungen wären zu erwähnen, dass in den Ausschuss für Oesterreich-Ungarn Prof. Zaufal (Prag) und für die Schweiz Prof. Siebenmann (Basel) cooptirt wurden.

In einer am 20. Mai abgehaltenen Vorstandssitzung wurde Prof. Kessel (Jena) zum Vorsitzenden und Prof. Kuhn (Strassburg i. E.) zu dessen Stellvertreter gewählt; zu Schriftführern wurden Prof. Bürkner (Göttingen) und Prof. Walb (Bonn) gewählt und Ersterer wurde mit der Redaction der officiellen Protokolle betraut, welche gedruckt den Mitgliedern der Gesellschaft wie auch den Fachschriften statutengemäss eingesendet werden.[1]) — Als neue Mitglieder der Gesellschaft wurden aufgenommen: Privatdocent Bloch (Freiburg i. B.), Dr. Brandt (Strass-

[1]) Damit die Leser dieser Fachschrift ehestens über den Verlauf des Congresses Nachricht erhalten, komme ich gerne der freundlichen Aufforderung des geehrten Redacteurs, Herrn Prof. Gruber, nach, den folgenden Bericht zu schreiben. Szenes.

Digitized by Google

burg i. E.), Dr. Brieger (Breslau), Dr. Denker (Hagen i. W.), Privatdocent Haug (München), Dr. Jürgensmeyer (Bielefeld), Privatdocent Krzywicki (Königsberg i. Pr.), Dr. Moxter (Wiesbaden), Dr. Erhard Müller (Stuttgart), Dr. Pluder (Hamburg), Dr. v. Riedl (München), Dr. Robitz (Leipzig), Dr. Schmücker (Gelsenkirchen), Dr. Spuhn (Crefeld), Dr. Ulrichs (Halle a. S.), Dr. Weiss (Berlin) und Dr. Zarniko (Hamburg), wodurch die Zahl der im Vorjahre aufgenommenen 61 Mitglieder auf 78 stieg. — Die Reihenfolge der angemeldeten Vorträge und Demonstrationen stellte ebenfalls der Ausschuss fest, welche wir in dem Berichte verfolgen werden.

Der Vorstand beschloss ferner, für die nächsten Versammlungen stets Referate zu bestimmen, für welche die Referenten und Correferenten aus der Reihe der Mitglieder gewählt werden.

Nachdem noch in der Eröffnungssitzung dem Localcomité (O. Wolf und O. Körner) besonderer Dank votirt wurde, ebenso der Senckenberg'schen Administration für die Ueberlassung der Sitzungslocalitäten, meldete noch Prof. Lucae, dass dem Beschlusse der vorjährigen Versammlung gemäss Prof. v. Helmholtz das Ehrendiplom übergeben wurde, welcher für dasselbe brieflich dankte.

In einer am 20. Mai Nachmittags gehaltenen Geschäftssitzung wurden die vorjährigen Statuten einer Revision unterzogen, doch wurden bei derselben kaum nennenswerthe Abänderungen vorgenommen.

Als Ort der nächstjährigen Versammlung wurde mit Stimmenmehrheit Bonn und als Zeitpunkt die Pfingstfeiertage gewählt.

Endlich wäre noch zu erwähnen, dass im Anschlusse des Congresses auch noch eine Ausstellung electrischer Apparate und verschiedener Instrumente in dem Senckenberg'schen Bibliothekgebäude stattgefunden hat.

An den Verhandlungen haben sich folgende Herren betheiligt:

Dr. Avellis (Frankfurt a. M.), Prof. Bezold (München), Privatdocent Bloch (Freiburg i. B.), Dr. Brandt (Strassburg i. E.), Dr. Bresgen (Frankfurt a. M.), Prof. Bürkner (Göttingen), Dr. Buss (Darmstadt), Dr. Denker (Hagen i. W.), Dr. Eulenstein (Frankfurt a. M.), Dr. Fischenich (Wiesbaden), Dr. Flatau (Berlin), Dr. Hartmann (Berlin), Privatdocent Haug (München), Dr. Hecke (Breslau), Dr. Jansen (Berlin), Dr. Joël (Gotha), Dr. Jürgensmeyer (Bielefeld), Prof. Kessel (Jena), Dr. Kleinknecht (Mainz). Dr. Körner (Frankfurt a. M.), Dr. Koll (Aachen), Dr. Kretschmann (Magdeburg), Privatdocent Krzywicki (Königsberg i. Pr.), Prof. Kuhn (Strassburg i. E.), Prof. Lemcke (Rostock), Dr. Lommel (Homburg v. d. H.), Geheimrath Lucae (Berlin), Dr. Ludewig (Hamburg), Dr. L. Mayer (Mainz), Hofrath Moos (Heidelberg), Dr. Moxter (Wiesbaden), Dr. Müller (Frankfurt a. M.), Dr. Nager (Luzern), Dr. Pluder (Hamburg), Dr. Reinhard (Duisburg a. Rh.), Dr. Robitz (Leipzig), Dr. Schmücker (Gelsenkirchen), Dr. Schubert (Nürnberg), Dr. Seligmann (Frankfurt a. M.), Prof. Siebenmann (Basel), Dr. Stacke (Erfurt), Dr. Szenes (Budapest), Dr. Vohsen (Frankfurt a. M.), Prof. Walb (Bonn), Dr. Walter (Frankfurt a. M.), Dr. Weissmann (Paris), Dr. v. Wild (Frankfurt a. M.), Dr. O. Wolf (Frankfurt a. M.), Dr. Wolff (Metz), Dr. L. Wolff (Frankfurt a. M.) = 50.

Digitized by Google

Wissenschaftlicher Theil.

I. Sitzung Sonnabend, den 20. Mai, Vormittags.
Vorsitzender: Prof. Kessel (Jena).

1) Denker (Hagen i. W.): Ueber Anatomie und Physiologie des Mittelohres einiger Säugethiere mit Demonstration einiger Knochen-Corrosionspräparate.

Unter kurzer Angabe der Literatur über die Anatomie des Gehörorganes der Säugethiere demonstrirt D. Knochen-Corrosionspräparate vom Pferd, Rind und Schwein und berichtet dann über am Mittelohr vom Pferd vorgenommene functionelle Prüfungen der Schwingungen des Schallleitungsapparates. Diese Experimente boten besondere Schwierigkeiten, erstens weil die Bogengänge des Pferdes so eng sind, dass das Ersetzen des Capillarröhrchens nicht möglich ist, und zweitens weil das ganze innere Ohr nicht wie beim Menschen zum Theil dicht unter der Knochenoberfläche liegt, sondern rings von einer dicken elfenbeinharten Knochenmasse umgeben ist; nur wenn es gelingt, ohne Verletzung eines Bogenganges die Vereinigung des oberen und hinteren Bogenganges, oder die Schnecke zu erreichen, ist das Experiment ausführbar. Das Einsetzen des Manometerröhrchens wurde nach der Methode bewerkstelligt, wie sie Bezold bei seinen experimentellen Untersuchungen des Schallleitungsapparates des menschlichen Ohres angegeben hat. Die Amplitude der hervorgerufenen Schwankungen wurde abgelesen von einem Massstabe, der eingetheilt in Halbmillimeter parallel mit dem Capillarröhrchen durch Siegellack auf dem Felsenbein befestigt war; die benutzten Röhrchen hatten einen Ausschnitt von 0,09 Qmm. Zur Erzeugung der Luftdruckschwankungen wurden vom Gehörgang aus In- und Exspirationsbewegungen durch den Mund in verschiedener Stärke ausgeführt, während von der Tuba aus ein luftdicht eingesetzter Cautschukballon in Anwendung kam.

Der Hauptzweck dieser manometrischen Versuche war, zu eruiren, in welchem Verhältniss das Maximum der Einwärtsbewegung der Schallleitungskette zu dem Maximum ihrer Auswärtsbewegung stand, und ferner das Bewegungsmaximum, welches sich im Labyrinthmanometer bei geschlossener Paukenhöhle ergab, zu vergleichen mit demjenigen bei geöffneter Paukenhöhle. Die Resultate der Versuche, welche vom Gehörgange aus bei geschlossener Paukenhöhle vorgenommen wurden, waren folgende: Die ganze Bewegungsamplitude, d. h. die Entfernung des höchsten Flüssigkeitsstandes im Röhrchen bei maximalem positivem Druck von dem niedrigsten Stande derselben bei maximalem negativem Druck betrug im Mittel aus 14 Schläfebeinen 3,05 Halbmillimeter. Von dieser Zahl entfallen durchschnittlich 0,91 auf die Aufwärtsbewegung, während die Abwärtsbewegung sich auf 2—14 berechnete; die Grösse der positiven Phase verhält sich also zur Grösse des negativen, wie 1 : 2,35. Kein einziges Mal erreichte bei demselben Präparate die Incursionsfähigkeit die Höhe der Excursionsfähigkeit; die höchste Zahl für die Summe von In- und Excursion betrug 5 Halbmillimeter. Vergleicht man die Bewegungsmaxima, welche sich bei diesen Versuchen beim Pferdeschläfebein ergeben, mit denen vom Menschen, so zeigt sich, dass sowohl die ganze Bewegungsamplitude als auch die einzelnen Phasen derselben bei dem letzteren

Digitized by Google

grösser sind als beim Pferde. Die ganzen Bewegungsamplituden verhalten sich, wie 1 : 1,19, die positiven Phasen wie 1 : 1,23, die negativen wie 1 : 1,16. Wie beim Menschen, so finden sich auch beim Pferde bei den Versuchen, welche man, um den Einfluss des Luftdruckes auf das runde Fenster auszuschalten, nach Eröffnung der Paukenhöhle anstellt, erheblich geringere Werthe als bei geschlossener Paukenhöhle. Das Steigen der Flüssigkeit im Capillarröhrchen bei der Incursion des Trommelfells betrug durchschnittlich 0,45, das Herabsinken unter die Ruhelage 1,14, die ganze Phase demnach 1,59, also wenig mehr als die Hälfte des bei intacter Bulla ossea gefundenen Werthes. Während nun beim Menschen das Verhältniss zwischen positiver und negativer Schwankung durch die freie Communication der Paukenhöhlenluft mit der Aussenluft sich ganz erheblich verändert, ist die beim Pferdeschläfebein constatirte Differenz eine viel geringere; beim Menschen finden sich nach Bezold die Werthe 1 : 2,85 statt 1 : 2,14, beim Pferde dagegen 1 : 2,48 statt 1 : 2,35.

Bei sämmtlichen erwähnten Versuchen konnte D. nicht ein so erhebliches Ueberschreiten der Ruhelage nach Verlauf der Incursion oder Excursion, wie es beim menschlichen Schläfebein beobachtet worden ist, constatiren; das Maximum betrug noch nicht 0,5 Halbmillimeter, bisweilen war die Excursion über den ursprünglichen Status hinaus 0,25 Halbmillimeter, und häufig fand sich nur eine Spur derselben.

Was die von der Tuba Eustachii aus erzeugten Luftdruckschwankungen betrifft, so bewirkt die Luftcompression in die Paukenhöhle stets ein Steigen der Manometerflüssigkeit, die Luftverdünnung in allen Fällen ein Sinken derselben. Die Zahl, welche hier für die durchschnittliche ganze Bewegungsamplitude gefunden wurde, war mehr wie 4 Mal so gross, als bei den Experimenten vom Gehörgang aus; sie betrug 12,4 Halbmillimeter. Im Gegensatz zu den erst angeführten Versuchen war das Verhältniss zwischen der Grösse der positiven und negativen Phase fast immer ein umgekehrtes, d. h. die positive Schwankung war erheblicher als die negative. Im Mittel von 14 Schläfebeinen betrug die positive Schwankung 7,5, die negative 4,9, sie verhalten sich also, wie 1 : 0,65. Bei diesen Versuchen differiren die beim Pferde gewonnenen Resultate am meisten von denen am Menschen gewonnenen, bei denen nach Bezold im Durchschnitt von 21 Schläfebeinen die negative Schwankung mit 7,8 Halbmillimeter, die positive von 7,48 doch noch übertrifft, wenn auch im Vergleich mit den Versuchen vom äusseren Gehörgang aus das Verhältniss zu Gunsten der Letzteren erheblich verschoben war. Sämmtliche, von der Tuba aus angestellten Experimente wurden bei intactem Amboss-Steigbügelgelenk vorgenommen.

Ein mit dem Finger auf den Porus acusticus int. ausgeübter Druck verursachte in einigen Fällen ein Steigen im Röhrchen bis zu 1,5 Ctm., während bei dem Drücken von der Gegend der Aquaeducte aus nicht immer eine deutliche Veränderung des Flüssigkeitsstandes bemerkbar wurde.

4 Versuche wurden bei intactem Leitungsapparate mit dem Fühlhebel auf dem Hammer und Amboss ausgeführt; derselbe wurde auf dem Hammerkopf und der Höhe des Ambosskörpers, und zwar in der directen Fortsetzung der Richtung des Hammergriffs resp. des langen Ambossschenkels aufgesetzt. Es trat auch bei diesen Experimenten das Ueber-

Digitized by Google

gewicht der negativen Phase gegenüber der positiven klar hervor; als durchschnittliches Bewegungsmaximum ergab sich beim Fühlhebel auf den Hammerkopf 18,5, wovon 5 auf die Incursion und 13,5 auf die Excursion entfielen. Beim Fühlhebel auf dem Ambosskörper betrug der positive Theil durchschnittlich 3,23, der negative 9 Halbmillimeter, das Maximum der Bewegung war 11,25. Das Verhältniss zwischen In- und Excursion war demnach bei den Versuchen am Hammerkopf wie 1 : 2,7, beim Amboss wie 1 : 2,4.

Discussion:

Kuhn (Strassburg) ist der Ansicht, dass diese physiologischen Versuche nur in innigem Anschlusse an die genauere Anatomie der Bulla ossea bei den Säugethieren gemacht werden dürfen. — Die Bulla ist in ihrer Bildung ganz abweichend von der Paukenhöhle und dem Proc. mast. des Menschen, welch' letzterer ausser dem Menschen nur noch bei einigen anthropoiden Affen, und selbst hier unvollständiger wie bei dem Menschen, besteht, und müssen deshalb auch andere Bedingungen bezüglich der Druckverhältnisse bestehen.

Bezold (München) bemerkt, die Bulla ossea findet ein Homologon in den von Hyrtl bereits durch Corrosion dargestellten Zellen am Boden der knöchernen Tuba und der Paukenhöhle; bei den Säugethieren entspricht den Zellen des Warzentheiles eine Zelle über dem äusseren Gehörgang. — Bezüglich der manometrischen Untersuchungen glaubt B., dieselben stimmen mit den am Menschen gemachten Untersuchungen überein, sowohl betreffs der In- und Excursion vom Gehörgange aus, als auch der Verhältnisse zwischen Gehörgang und Tuba.

Lucae (Berlin) glaubt an die Berechtigung, aus den bei eröffnetem oberen Bogengang gemachten Druckschwankungen Schlüsse ziehen zu dürfen, auf die Grösse der Schwingungsamplitude bei Ex- und Incursionen am Trommelfelle und Gehörknöchelchen.

Eröffnet man die Labyrinthhöhle, werden die natürlichen Verhältnisse so verändert, dass man durch diese Experimente über die wirklichen Bewegungsgrössen von Seiten des Schallleitungsapparates nichts Sicheres erfahren kann. Schon Joh. Müller, in neuerer Zeit auch Politzer und L., wiesen die kräftige Fortleitung der Trommelfellschwingungen auf die Luft der Paukenhöhle unzweifelhaft nach. Diese Beobachtungen fanden eine sehr wesentliche Unterstützung durch die Thatsache, dass Personen mit vollkommenem Defecte des Trommelfells noch relativ gut hören können, bei welchen Fällen der Luftdruck in Folge der grösseren Beweglichkeit der Membr. tymp. secund. vielleicht besonders auf beide Fenstermembranen wirken wird. Wahrscheinlich wird hier ein Andrücken des Labyrinthwassers stattfinden, und muss dies der Fall sein bei der auf starke (hohe) Töne erfolgenden Reaction, wie dies L. auch beim lebenden Menschen nachwies.

2) Vohsen (Frankfurt a. M.): Demonstration von Metallcorrosionspräparaten des Felsenbeins (nach Siebenmann).

V. demonstrirt eine grosse Anzahl von Corrosionspräparaten menschlicher Felsenbeine und Ausgüsse des äusseren Gehörgangs mit Woodschem Metall und erläutert die an denselben sichtbaren anatomischen Verhältnisse.

Digitized by Google

Discussion:

Siebenmann (Basel) erwähnt die Metallcorrosionen, die bei der Verwendung von Semper'schen Terpentin-Trockenpräparaten zu Stande kommen, welche er als „Trocken-Corrosionspräparate" beschrieb. Dieselben besitzen die Vorzüge der Trocken- und Weichtheilpräparate, ohne deren Nachtheile, und geben besonders werthvolle Aufschlüsse bezüglich der Anheftungsstellen des häutigen Labyrinthes an das knöcherne.

Seligmann (Frankfurt a. M.) reflectirt auf ein von V. demonstrirtes Präparat, welches die Hochlage des Bulbus venae jugularis in der Paukenhöhle zeigt, und erwähnt im Anschluss einen Fall, [2]) wo gelegentlich der Paracentese des Trommelfells die Vena verletzt wurde. Schon beim Einschnitt stiess S. mit dem Messer auf stärkeren Widerstand, der auffallen musste, da das Trommelfell nicht verdickt war. Bevor noch S. das Messer zurückgezogen, war bereits dasselbe, ebenso wie der Trichter, Patient, die Hand S.'s und selbst der Fussboden von dem herausquellenden venösen Blute überströmt, wobei Pat. erblasste. Die sofortige Tamponade war ohne Erfolg, und nur bei dem zehnten Tampon liess die Blutung auf starke Compression mit dem tief in den Gehörgang auf die Watte gedrückten kleinen Finger nach. Hierauf blieb der Tampon im Gehörgang und Pat. wurde verbunden. S. entfernte den Tampon am 3. Tage, und spritzte auch die Blutgerinnsel aus; es war jetzt die Paracentese verheilt, das geronnene Blut in der Paukenhöhle schimmerte jedoch in der unteren Hälfte des Trommelfells blau durch. Sonderbarer Weise wurde derselbe Eingriff 14 Tage vorher auch auf dem anderen Ohre ausgeführt, jedoch ohne Blutung, so dass S. Hämophilie ausschliessen konnte. Die verlorene Blutmenge schätzt S. auf 150 Gramm.

3) Siebenmann (Basel): Neue Untersuchungen über die Vascularisation des Labyrinthes.

S. demonstrirt eine Anzahl von Eichler'schen Celloidin-Corrosionen, sowie mehrere nach denselben gemalte Tafeln. — Aus den eingehenden Untersuchungen werden folgende Punkte mitgetheilt:

Das Labyrinth erhält sein arterielles Blut durch 3 Hauptstämme. Ausser der Schnecken- und Vorhofsarterie fand S. nämlich sowohl beim Menschen, als beim Affen durchgehends noch eine dritte Arterie, welche die ganze hintere Hälfte des Vorhofes und die angrenzende Partie der Schnecke (erste Hälfte der Basalwindung) versorgt. Das venöse Blut fliesst auf drei Wegen ab: durch die accessorischen Canäle der beiden Aquaeducte und durch den Meatus internus. Die Wände der vestibularen Scala enthalten ebenso viel Venen als Arterien; in den Wänden der tympanalen Scala dagegen verlaufen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch vorzugsweise Venen. Die Glomeruli, welche Schwalbe beim Meerschweinchen fand, fehlen beim Menschen; statt ihrer trifft man in der ersten Hälfte der Basalwindung regelmässig ein venöses und ein arterielles System, welches ähnlich demjenigen des Mesenteriums arcadenartig angeordnet ist und dessen Aeste im Spiralblatt sich ausbreiten. In der Membrana basilaris verläuft ein wirkliches Spiralgefäss, so wie dasselbe von Böttcher näher beschrieben worden ist.

---

[2]) Derselbe wurde in der Sitzung am 21. Mai vorgestellt. Ref.

Digitized by Google

4) Lemcke (Rostock): Ueber Hyperostose des Felsenbeins und ihre Beziehungen zu intracraniellen Erkrankungen otitischen Ursprungs.

Zunächst erörtert L. an der Hand der einschlägigen Literatur die Frage, ob bei der chronischen Mittelohr- und Warzenfortsatzeiterung, die sehr häufig anzutreffende Osteosclerose als eine Schutzvorrichtung des Gehirns und seiner Häute, gegen die vom Mittelohr und Proc. mast. her drohende Gefahr, anzusprechen sei, wie noch vielfach angenommen wird, oder ob wir die Hyperostose als eine ebenso gefährliche, wie häufige Complication der chronischen Eiterung anzusehen haben. Das Studium der Casuistik führt zu einem Resultat, welches gegen die erstere und für die letztere Auffassung spricht.

Im Einklang mit dieser Anschauung stehen die Erfahrungen, welche L. theils bei Patienten, die wegen chronischer Eiterung und Caries operirt wurden, theils bei Sectionen gemacht hat. Zur Entscheidung dieser Frage will aber L. nur solche Fälle von chronischer Eiterung herangezogen wissen, bei welchen constitutionelle Erkrankungen (Tuberculose, Scrophulose, Luës etc.) auszuschliessen sind.

In 15 hierher gehörenden Fällen hält L. sich für überzeugt, dass die Hyperostose zum Zustandekommen der intracraniellen und labyrinthären Erkrankung ganz wesentlich beigetragen hat. Nach L. hat man daher die Osteosclerose bei chronischen Eiterungen nicht als eine Schutzvorrichtung, sondern als ernste und lebensbedrohliche Complication zu betrachten.

Discussion:

O. Wolf (Frankfurt a. M.) erwähnt einen Fall, bei welchem sich ein Sequester der Tabula vitrea ablöste und bei der Aufmeisselung herausbefördert wurde; es trat eine Sinusblutung mit Collaps auf.

Bezold (München) erwähnt einen Fall, in welchem der Sequester aus dem Gehörgange entfernt wurde. Derselbe stellte nach der einen Seite die Wand des Antrum, auf der anderen aber diejenige des Sinus transv. dar.

Seligmann (Frankfurt a. M.) glaubt sich der Ansicht L.'s anschliessen zu können, dass nämlich Sclerose des Warzenfortsatzes keine Schutzvorrichtung gegen Weiterschreiten der Caries sei. Er hat vielmehr die Ansicht gewonnen, als wenn die Sclerose eine gefährliche Complication der Caries sei, welche ein Fortschreiten nach der lateralen Seite eher verhindert. In 10 Fällen von Aufmeisselung fand S. stets sehr ausgedehnte Polypenbildung neben der Sclerose; das Antrum fehlte, die ganze mediale Paukenhöhlenwand und das Tegmen tymp. waren cariös und der Facialis lag frei. Die Caries war in diesen Fällen innen und oben in der Paukenhöhle entwickelt, fehlte aber noch dort, wo die Sclerose sass.

Hartmann (Berlin) erwähnt, mehrere Präparate zu haben, bei welchen Mittelohr und Schädelhöhle durch derbe, fibröse Membranen abgeschlossen sind. Letztere füllen nach Ablösung der Dura Knochenlücken aus und wären also vielleicht als Schutzvorrichtung zu betrachten. In einem Falle von Cholesteatom im Warzenfortsatze sass in der den Sulcus sigmoideus bildenden Membran ein beweglicher Sequester.

Digitized by Google

Lucae (Berlin) glaubt ebenfalls die Annahmen L.'s bestätigen zu können und fasst die Osteosclerose bei chronischer Ohreiterung als eine fatale Complication auf, im Gegensatze zu jener anderen Voraussetzung, welche die Sclerose für eine Schutzvorrichtung hält. Durch die zuweilen kolossale Dicke der Corticalis ist ja der natürliche Durchbruch des Eiters nach aussen in der bedenklichsten Weise verhindert, und sehr häufig werden in Folge dessen fistulöse Durchbrüche durch die hintere Gehörgangswand entstehen.

5) Hartmann (Berlin): Ueber Hyperostose im äusseren Gehörgang.

H. demonstrirt zwei Präparate, bei welchen es sich um diffuse Hyperostose der Pars tympanica der beiden Schläfebeine handelte. Sowohl die vordere, als die hintere Gehörgangswand sind stark aufgetrieben, wodurch eine schlitzförmige Verengerung beider Gehörgänge eingetreten ist. Die Hyperostose erstreckt sich bis zum inneren Ende des Gehörganges, und finden sich hier im oberen Theile, an der Verbindung der Pars tympanica mit der Schuppe, kleine kugelige Auftreibungen.

Da es sich um eine Dickezunahme in der ganzen Ausdehnung des früheren Annulus tympanicus handelt, so dürfte es zutreffender sein, solche Veränderungen Hyperostosen anstatt Exostosen zu nennen. An Lebenden kommen solche Hyperostosen, wenn auch nicht in so ausgedehnter typischer Weise, verhältnissmässig häufig zur Beobachtung. Wir finden Auftreibungen bald nur im äusseren Theile des Gehörganges, bald und zwar am häufigsten dicht am Trommelfelle zu beiden Seiten des Rivini'schen Ausschnittes. Dieselben finden sich, wie es scheint, ausnahmslos beiderseitig in ähnlichen Formen.

Was die Häufigkeit betrifft, hat H. vierzehn Fälle von beiderseitigen Hyperostosen unter 9130 Patienten aufgezeichnet gefunden, sodass auf etwa 650 Patienten 1 Fall kommt.

Virchow dagegen fand unter in Peru ausgegrabenen Schädeln 15 pCt. mit Exostosen im äusseren Gehörgange. Auffallender Weise fanden sich hier die Exostosen nur im äusseren Theil des Gehörganges, ebenfalls meist beiderseitig und an der Verbindung der Paukenhöhle mit der Schuppe. Während hier die alten Schädel die von einzelnen Autoren angenommene Möglichkeit, dass bezüglich der Entstehung mechanische Reize eine Rolle spielen können, nicht ganz auszuschliessen ist, erscheint es für Hartmann's Fälle zweifellos, dass es sich um eine Entwicklungsanomalie handelt. Das beiderseitig gleichmässige Auftreten, die Beschränkung auf die Pars tympanica, das den übrigen Knochen gleiche Aussehen der Auftreibungen dürften sich kaum in anderer Weise erklären lassen.

Discussion:

Lucae (Berlin) ist der Ansicht, dass die Hyperostosen, eher Exostosen, des äusseren Gehörganges der Erwachsenen nach seinen Erfahrungen durch reizende Entzündung des äusseren Gehörganges in Folge einer gleichzeitig noch bestehenden oder ihre Spuren am Trommelfell zurückgelassenen Paukenhöhleneiterung entstehen. Als Beweis führt L. einen Fall an, wo eine

Digitized by Google

vollständige Verengung der Ohröffnung in Folge zweier in der Mittellinie sich befindenden Exostosen bestand und die Otorrhoe aus der Spalte nur schwer abfloss; in diesem Falle hatte v. Tröltsch 16 Jahre früher bei einer Perforationsnarbe einen freien äusseren Gehörgang notirt, so dass erst die später ausgebrochene Otorrhoe die Exostosen herbeiführte, welche, wie sich nach der Abmeisselung zeigte, mit breiter Basis ansassen und bis in die Tiefe reichten. In einem zweiten Falle, wo vitale Indication die Aufmeisselung des Proc. mast. erheischte, schwand einige Wochen später allmählich die Hyperostose. Bezüglich der symmetrisch auf beiden Ohren vorkommenden kleinen Exostosen am Annulus tymp. in der Nähe des Proc. brev. glaubt L. sich dahin aussprechen zu können, dass dieselben durch Entwicklungsstörungen entstandene congenitale Bildungen wären.

Koerner (Frankfurt a. M.) erwähnt auch einen Fall, in welchem er eine den Gehörgang fast verschliessende Exostose wegmeisselte, welche während einer chronischen Ohreiterung entstanden war. Die Patientin war etwa 10 Jahre vorher bei v. Tröltsch gewesen, wo ihr damals ein Polyp der Paukenhöhle mit der Schlinge entfernt wurde und eine den Gehörgang verschliessende Exostose nicht vorhanden war.

Moos (Heidelberg) erwähnt einen Fall, in welchem er seit dreissig Jahren eine eitrige Mittelohrentzündung beobachtete; hier verschloss sich nach und nach die ganze Lichtung des knöchernen Gehörganges durch excessives Knochenwachsthum und nur eine kleine Oeffnung nach oben hatte bestanden.

Kuhn (Strassburg) will streng unterschieden wissen die Exostosen, die in Folge von Bildungsfehlern der Pars tympanica des knöchernen Gehörganges entstehen, von jenen, die im Verlaufe von entzündlichen Mittelohrprocessen entstehen. Erstere sind stets beiderseitig und nahezu immer symmetrisch, letztere hingegen einseitig.

Hartmann bemerkt, bei der Demonstration seiner Präparate nur von Hyperostosen gesprochen zu haben, die als Entwicklungsanomalien in Betracht kommen. Die einseitig bisweilen vereinzelten, grossen, kugligen Tumoren betrachtet auch H. als Entwicklungsstörungen.

Kretschmann (Magdeburg) führt einen Fall an, wo bei Anwesenheit symmetrischer Exostosen Verkalkungen am Trommelfelle bestanden hatten, welche doch als Folge von früheren entzündlichen Processen anzusehen sind. Er möchte deshalb symmetrische Exostosen nicht ohne Weiteres für angeborene Missbildungen ansehen.

Bezold (München) glaubt nach seinen Beobachtungen, dass die symmetrischen Exostosen nur bei Erwachsenen, zumeist im höheren Alter und ausschliesslich in besseren Ständen vorkommen; rechnet man die ersten Anfänge derselben mit, wird ihre Zahl eine grosse.

Hartmann meint, auf Kretschmann's Bemerkung behaupten zu müssen, dass in seinen Fällen weder Perforation, noch Verkalkung am Trommelfell bestanden hatten, und somit liess sich auch keine vorhergegangene Entzündung nachweisen.

6) Bezold (München): Eine Entfernung des Steigbügels.

Die Frage nach der Bedeutung des Steigbügels für das Hörvermögen hat ein actuelles Interesse gewonnen durch die jüngsten

Digitized by Google

Mittheilungen aus Amerika über den günstigen Einfluss auf das Hörvermögen, welcher durch die operative Entfernung des Steigbügels bei eitrigen sowohl, wie nichteitrigen Formen von chronischer Mittelohrerkrankung sich erzielen lasse.

Mit Rücksicht auf diese günstig lautenden Berichte und um über die physiologische Function des Stapes genaueren Aufschluss zu erhalten, hat B., wenn auch ungern, bei einer Kranken sich entschlossen, den Stapes zu extrahiren.

Der Fall betraf eine doppelseitige, abgelaufene Mittelohreiterung. Auf dem schlechter hörenden rechten Ohr, auf welchem operirt wurde, lag das Steigbügelköpfchen isolirt in der Trommelfellöffnung vor. Nach Durchtrennung der Stapediussehne und einer Synechie, welche den langen Ambosschenkel vorgetäuscht hatte, gelang die Extraction leicht mittelst der Kornzange; stumpfe und scharfe Häkchen hatten wegen Enge der Pelvis ovalis nicht zum Ziele geführt.

Die der Operation unmittelbar folgenden Erscheinungen waren beängstigend. Im Moment der Entfernung sank die Kranke mit einem tiefen Seufzer auf die andere Seite, entfärbte sich, Schweiss brach aus; darauf erfolgten einige Ructuse und wiederholte starke laute Gähnbewegungen, dazwischen fortwährend tiefe Seufzer. Die Muskulatur kam in einen Zustand vollständiger Erschlaffung; das Bewusstsein blieb erhalten. Als Patientin aufstand, war der Schwindel so heftig, wie ihn B. selten bei einem Ohrenkranken gesehen hat. Nach der Heimfahrt musste sie zwei Mal erbrechen. — Der Schwindel verlor sich erst in der dritten Woche; eine Eiterung trat nicht ein.

Das Hörresultat der Operation in den nächsten Tagen war absolute Taubheit. Dagegen stellte sich von der dritten Woche ab wieder ein geringer Rest von Hörvermögen ein (2 Cm. für Conversationssprache), welcher allerdings weit hinter dem ursprünglich vorhandenen (10 Cm. für Conversationssprache) zurückblieb.

Um diese Wiederkehr zu erklären, hebt B. hervor, dass bei der Extraction nicht nur das Ligamentum annulare und Periost (ein Ausfluss von Serum hatte nicht stattgefunden), sondern auch das Knorpelgebilde der Fussplatte zurückgeblieben ist, wie an dem herumgereichten extrahirten Steigbügel erkannt werden konnte, dessen Köpfchen und Schenkel von der angetrockneten Schleimhaut überzogen sind, während die Fussplatte nackt und weiss erscheint. Durch nachträgliche Verdickung und vielleicht theilweise Verknöcherung könnte dieselbe, ähnlich der zurückbleibenden Fussplatte selbst, wie der grosse Otolith bei den niederen Thieren, theilweise vikarirend für die Ueberleitung der Schallwellen eintreten.

Es erschien dringend, diesen Fall möglichst bald an die Oeffentlichkeit zu bringen, um andere Collegen vor ähnlichen Erfahrungen zu bewahren. Das Verlangen ist gerechtfertigt, dass in vorkommenden Fällen unfreiwilliger Extraction des Steigbügels die functionelle Prüfung in möglichst sorgfältiger Weise gemacht und mitgetheilt wird.

Discussion:

Lemcke (Rostock) erwähnt, im November 1892 bei einer Hammer-Ambossextraction rechterseits auch den Steigbügel entfernt zu haben. Wie er sich nun im März 1893 überzeugen konnte, war das Gehörs-

Digitized by Google

vermögen allerdings herabgesetzt, doch lässt er es dahingestellt, ob diese Herabsetzung als eine Folge der Stapesextraction zu betrachten wäre.

L. Wolff (Frankfurt a. M.) beobachtete bei einem 19 Jahre alten Mädchen eine Ausstossung des Stapes, dessen Köpfchen als gelbliches Knötchen im hinteren oberen Quadranten des Trommelfells zu sehen war. Von subjectiven Erscheinungen wäre leichter Schwindel zu erwähnen. Auffallender Weise besserte sich das Gehörsvermögen um 2—3 Mtr. für die Flüstersprache und hielt auch in der nächsten Zeit der Behandlung an; doch die seit mehreren Jahren bestandene Eiterung dauerte weiter, so dass W. es für wahrscheinlich hält, dass noch sonst ein cariöser Process, vielleicht am Amboss, bestand.

Stacke (Erfurt) erwähnt, bei einer operativen Eröffnung der Mittelohrräume nach Ablösung der Ohrmuschel ebenfalls eine unwillkürliche Steigbügelextraction gemacht zu haben; Flüstersprache hörte Pat. danach auf 1 Mtr. und so blieb es auch. Die Eiterung ist geheilt.

7) Koerner (Frankfurt a. M.): Demonstration eines merkwürdigen Sequesters.

K. demonstrirt einen grossen Sequester, den er aus dem Warzenfortsatze eines 11 Jahre alten Mädchens extrahirt hat. Derselbe enthält einen Theil eines Canals, den ein anderer Operateur 3 Jahre und 4 Monate früher in das Antrum gemeisselt hatte. Da keine Heilungsvorgänge an der Wand des Canals nachweisbar sind, vermuthet K., dass der erste Operateur bereits in todtem Knochen gemeisselt hat. — Schliesslich knüpft K. hieran einige Bemerkungen über die ersten Symptome der Necrose des Warzenfortsatzes. (Fortsetzung folgt.)

Berichtigung

zum Artikel

Die Gülcher'sche Thermosäule zur Füllung der Accumulatoren.

Von

Dr. **Egmont Baumgarten** in Budapest.

Herr Julius Pintsch, Fabrikant der bekannten Säulen, ersucht mich, folgende zwei Punkte meines Artikels zu berichtigen, welchem Ersuchen ich gerne schon deshalb Folge leiste, da er gewiss in diesen Punkten mehr Erfahrung hat und seine Ansicht auch mir maassgebend ist.

Herr Pintsch empfiehlt zum Laden von Accumulatoren immer die Thermosäule No. 3, da bei dieser die ganze nutzbare electrische Energie aufgespeichert wird, während bei No. 2 kaum die Hälfte der Energie nutzbar gemacht werden kann. Es wird also die Thermosäule No. 3 behufs Ladens von Accumulatoren nicht nur billiger, sondern auch viel schneller arbeiten.

Ferner soll es nicht nöthig sein, die Accumulatoren gradatim zu füllen, da selbst eine Ueberfüllung den meisten Accumulatoren gar nicht schadet, sondern nur die zu grosse Entladung die Zerstörung der Accumulatoren zur Folge hat. Ich theile die Ansicht, dass die grosse Entladung den Accumulator zerstören kann, würde aber nicht rathen, den Accumulator zu überfüllen, da dies doch einen Einfluss zu haben scheint.

Die Spannung der kleinen italienischen Accumulatoren beträgt 2 Volt.

Digitized by Google

II. Kritiken.

Die Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen. Nach anatomischen Durchschnitten in 12 Tafeln dargestellt. Für Aerzte und Studirende. Von Dr. A. Onodi, Docent für Rhinologie und Laryngologie an der Universität in Budapest. Verlag von Alfred Hölder in Wien. 1893.

Dem Verfasser, der seine literarische Laufbahn mit schönen Arbeiten auf dem Gebiete der Anatomie begonnen hat, ist es eigentlich ein Leichtes, jetzt in seiner specialistischen Thätigkeit die anatomischen Verhältnisse von practischem Standpunkte zu erläutern. Und wenn wir auch diesem Umstande angemessen Viel von Onodi erwarteten, so müssen wir dennoch zugeben, dass er seine Aufgabe über alle Erwartungen in glänzendster Weise gelöst hat.

An 12 Tafeln finden sich nämlich die Nasenhöhle mit ihren Nebenhöhlen in den verschiedensten Verhältnissen in solch' instructiver Weise dargestellt, dass im strengsten Sinne des Wortes genommen ein Blick vollkommen genügt, um Herr der Situation zu sein. Was den Werth des Werkes besonders hebt, ist, dass Onodi die Präparate in den anatomischen Instituten der Professoren v. Mihálkovics und v. Thanhoffer selbst anfertigte und somit uns naturgetreue Abbildungen einzelner Sagittal-, Frontal- und Querschnitte liefert.

Wir finden an den Tafeln die topographischen Verhältnisse der Nasenhöhle und deren einzelne Wände, ebenso die Kieferhöhle, Stirnbeinhöhle, Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen, und zum Schluss den Nasenrachenraum und Rachen, von hinten geöffnet. Jeder Tafel ist eine Erklärungstabelle beigegeben und in einer kurzen Erläuterung findet sich Alles das, was über das auf den Tafeln Sichtbare zu wissen ist. Die Tafeln eignen sich somit zu Lern- und Lehrzwecken in gleicher Weise, und mögen auch ihre wohlverdiente Verbreitung finden.

Die photographischen Aufnahmen wurden in Kalmár's Atelier in Budapest, die Holzschnitte von Matolony in Wien recht gelungen hergestellt, so dass das ganze Werk der bewährten Verlagsfirma nur Ehre machen kann.

Szenes.

III. Referate.

a) Otologische:

Heftige subjective Ohrgeräusche. Ligatur der rechten Carotis interna. Tod an Hemiplegie und Pneumonie nach 5 Tagen. Von Dr. Ludwig Linsmayer in Wien. (Separat-Abdruck aus No. 8 und 9, 1893 der „Wiener med. Blätter".)

Der 65jährige, hereditär unbelastete Patient, Familienvater, war bisher im Allgemeinen gesund, litt nur in letzter Zeit an Herzklopfen und Beklemmung, ohne sichere Symptome eines Herzfehlers. Seit 35 Jahren hatte er eine beiderseitige sclerosirende Mittelohrentzündung, die ihn durch geringe Schwerhörigkeit und Ohrensausen nur wenig belästigte. Am 10. Oct. 87 trat plötzlich, ohne denkbare Ursache, Herzklopfen und Beklemmung und auf beiden Ohren furchtbarer Lärm auf, der ihn seither

Digitized by Google

Tag und Nacht nicht verliess. Jeder Gedanke setzte sich in seinem Ohre in ein Geräusch um; er hörte beständig ein Getöse und in diesem wieder sinnhabende oder sinnlose Worte oder Namen in rhythmischem Tonfalle. Er kann nicht lesen, weil die Worte, noch ehe sie gelesen sind, im Ohre wiedertönen. Auch beim Sprechen geht es oft so. Wenn die Worte plötzlich, z. B. nach dem Erwachen ertönen, oder wenn sie im wachen Zustande sich plötzlich von dem wüsten Lärme abheben, so ist er im Zweifel, ob sie nicht von aussen kommen. Diese subjectiven, Anfangs den Character sofort corrigirter Hallucinationen tragenden Gehörsempfindungen wurden jedoch bald als Stimmen interpretirt, und als diese den Selbstmord riethen, brachten ihn die Angehörigen in das allgemeine Krankenhaus, wo er von Prof. Gruber verschiedenartig, doch erfolglos behandelt wurde, und wo ihm auf Meynert's Klinik durch 1 Jahr nur durch grosse Gaben von Narcoticis Schlaf verschafft werden konnte. Ungebessert kam er im November 1888 in das Versorgungshaus. Er bot daselbst den Befund allgemeiner Arteriosclerose, speciell atheromatöser Stenose des Aortenostium und chron. sclerosirender Mittelohrentzündung mit subjectiven Geräuschen. Den Zusammenhang beider Affectionen sah L. in der plötzlich so gewaltigen Zunahme an einem bestimmten Tage, dem rhythmischen Character des Geräusches, der stets gleichzeitigen Exacerbation der Herz- und Ohrbeschwerden, endlich im Aufhören der Ohrgeräusche der einen Seite bei Compression der gleichseitigen Carotis. Der Kranke auscultirte also wahrscheinlich fortwährend die Gefässgeräusche seiner in den Felsenbeinen verlaufenden Carotiden. L. schlug dem nach dessen eigener Aussage vor dem Wahnsinne oder dem Selbstmorde stehenden Patienten die von Tröltsch schon erwähnte, aber bisher noch nicht ausgeführte Ligatur der Carotis interna vor, in welche der Patient hoffnungsfroh einwilligte. Nach Vorübungen an der Leiche wurde mit Rücksicht auf den Herzzustand nur unter Anästhesie durch Cocaininjection und Aetherzerstäubung am 14. December 88 die Operation an der rechten Carotis gemacht. Der Hautschnitt wurde parallel dem horizontalen Unterkieferaste in der Höhe des Zungenbeines angelegt. Nach Blosslegung der Arterie bewirkte Digitalcompression Aufhören des Geräusches, als aber die Ligatur geknotet war, erschien es sogleich wieder. Nun wurde eine zweite Ligatur mehr central angelegt, die Wunde geschlossen und drainirt.

Gleich nach der Operation linksseitige Facialisparese und Ungeschicklichkeit des linken Armes.

Am 15. December: Vollständige linksseitige Hemiplegie mit Ptosis und Mydriasis. Die Pupillen reagiren. Bulbi nach rechts gewendet. Pat. schläft oft ein, seine Intelligenz vermindert (die Lähmung lässt ihn ganz gleichgiltig). Ohrgeräusch unverändert, links völlige Taubheit und Hyperästhesie der Haut, die Finger der rechten Hand unbeholfen in die Vola geschlagen. Nachdem sich Hemianopsia sinistra eingestellt, das Gehör links kurz vorher sich gebessert, das Geräusch ganz geschwunden war, starb Patient am 5. Tage nach der Operation.

Die Section ergab: Bronchopneumonische Herde in den Lungen, Fettumwachsung und fettige Degeneration des Herzens, arteriosclerotische Stenose und geringe Insufficienz der Aortenklappen, Atheromatose der Coronararterien und der Carotis interna im Bereiche des Sinus caver-

Digitized by Google

nosus, Ausfüllung der rechten Carotis mit einem weichen Thrombus, bedeutende Enge der Arter. communic. ant. und post., Abplattung der rechten Grosshirnhemisphäre, verringerte Consistenz des Hinterhaupt- und Schläfelappens, Erweichung im oberen und unteren Scheitellappen und in der unteren Hälfte des Stirnhirnes und Capillarapoplexien in diesen Theilen. Die linke Hirnhälfte normal. — Oberhalb der Ligatur eine weiche, ca 0,5 Ctm. lange Gerinnung, unterhalb ein fester Thrombus bis herab zur Bifurcation der Carotis communis.

Die Epicrise enthält folgende Ueberlegungen: 1) Veränderungen am Ostium der Aorta können Ohrgeräusche erzeugen oder verändern. Die von Jedem eigentlich normalerweise gehörten eigenen Gefässgeräusche gelangen nur zum Bewusstsein, wenn sie sich verändern oder wenn die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt wird, und sind am schwersten wieder aus dem Bewusstsein zu tilgen, wenn der betreffende Theil der Hirnrinde krankhaft erregbar ist. Aus diesen Geräuschen bilden sich Worte im Rhythmus der Herzaction. In der hochgradig erregten Hörsphäre verschmolzen die auditiven Wortbilder mit den wahrgenommenen Geräuschen zu Gehörshallucinationen.

2) Die Beseitigung subjectiver Ohrgeräusche ist auch durch die Ligatur der Carotis interna nicht sicher zu erzielen.

3) Bei der Operation selbst ist die Identificirung der gefundenen Arterie als der richtigen das schwierigste Moment. Der Horizontalschnitt erleichtert die Orientirung.

4) Der üble Ausgang war durch die dünnen Verbindungsäste im Circulus Willisii und durch die geringe Vis a tergo (Arteriosclerose, Vitium cordis) begründet.

Dass Anfangs ein Collateralkreislauf in Gang trat, beweist die rasche Wiederkehr des Ohrgeräusches, die ohne Shock sich langsam ausbreitende Hemiplegie, die ungleichmässige Erweichung der Hemisphäre.

Die seltene Beobachtung, dass die Hemiplegie mit Hemianopsie und Taubheit auf der gelähmten Seite einherging, beweist auf's Neue die Kreuzung der Hörnerven. Hitschmann.

Ein Fall von Verknöcherung der Ohrmuscheln. Von Dr. Ludwig Linsmayer. (Separat-Abdruck aus der Wiener klin. Wochenschrift.)

Nach Zusammenstellung der bisher von Bochdalek, Voltolini, Gudden und Schwabach beschriebenen 4 Fälle von Verknöcherung der Ohrmuscheln berichtet L. seine eigene Beobachtung an einem 75jährigen Pfründner, der vor 6—8 Jahren die Veränderungen an seinen Ohren zu bemerken begann und über Schlaflosigkeit klagte, weil ihn die Ohren beim Liegen drückten. Links war der Helix mit Ausnahme des untersten und vordersten Theiles ca. 4 Ctm. lang verknöchert, desgleichen die schiffförmige Grube und die vordere Wurzel des Antihelix. Die übrigen Theile der Muschel waren normal oder boten nur geringe Verhärtungen dar. Rechts ist die Erkrankung dieselbe, die Verknöcherung des Antihelix aber geringer. An der unteren Gehörgangswand besonders links fühlt man am Eingange knochenharte Stellen. Links besteht Schwerhörigkeit und Pruritus. Der weiche Gaumen wurde vor 1½ Jahren wegen Epithelioma exstirpirt. Sonst ist Patient ganz gesund. Pat. hat sich in früherer Zeit als Kutscher öfters die Ohren erfroren; die durch

Digitized by Google

Gefässlähmung entstandene Hyperämie mag mit der Verknöcherung in causalem Zusammenhange stehen, da sie auf anderen Gebieten (Verkalkung und Osteophytenbildung bei chronischer Hyperämie der Dura mater) ein Analogon hat. Klinische Bedeutung hat diese sehr seltene Veränderung nur insofern, als sie leichter zur Fractur der Auricula führen kann.

Hitschmann.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Schnitzler an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Laryngo-rhinologische Mittheilungen von Dr. M. Hajek, Assistenten an obiger Abtheilung. (Sonder-Abdruck aus der „Internationalen klinischen Rundschau" No. 31—35, 38, 40—45, 47, 49—52, 1892.)

I. Mundhöhle.

Accessorische Zungenbildung.

An einem 12jährigen Patienten wurde eine angeblich angeborene, blassrosa gefärbte, auf der Zungenbasis vor dem Papillenwinkel entspringende, cylindrische Geschwulst von 2,4 Ctm. Länge und 8 Mmtr. Durchmesser gefunden, deren Oberfläche mit stumpfen, den Papillae fungiformes ähnlichen Hervorragungen besät war. — Abtragung mit der Scheere an der Basis. Stillung einer arteriellen Blutung durch halbstündige Compression und nachherige Cauterisation. — Microscopischer Befund: Reich vascularisirtes Bindegewebsstroma, im Centrum Bündel quergestreifter Muskelfasern, an der Peripherie Schleimhaut mit Plattenepithel und papillären Hervorragungen, welche den Papillae fungiformes vollkommen analog gebaut sind.

Tuberkulöse Infiltration des Follicularabschnittes und multiple Knotenbildung an der vorderen Partie der Zunge.

Ein 24jähriger, in der Jugend nur an Skropheln erkrankter Mann hat seit 3 Jahren vorn an der Zunge eine Anfangs harte, später weiche Geschwulst, seit 1 Jahre Schlingbeschwerden, seit 3 Monaten Husten mit zeitweilig schleimig-eitrigem Auswurfe. An der oberen Fläche der vorderen Partie der Zunge eine ca. haselnussgrosse, nicht scharf begrenzte, halbweiche, an der Kuppe exulcerirte Geschwulst, von bläulich verfärbter, papillenloser Schleimhaut überzogen. Links hinten davon eine mehr diffuse, erhabene Infiltration, durch Furchen getheilt, die Entstehung aus mehreren circumscripten, confluirten Herden andeutend. Rechts die Gegend der Zungenbalgdrüsen grobhöckerig, angeschwollen, blass, matt, den freien Epiglottisrand überragend. Ganz rechts ein breiter Riss, mit schleimigem Eiter erfüllt, das Infiltrat in der Tiefe vielfach unterminirend. Die Umgebung des Risses wie zerklüftet; Infiltration der lingualen Epiglottisfläche, die Plicae aryepiglotticae intumescirt, blass, matt. Das Kehlkopfinnere normal. Die lange Dauer, der Allgemeinbefund, die Nutzlosigkeit des probeweise verabreichten Jodkali führten trotz negativen bacteriologischen Befundes zur Diagnose einer tuberkulösen Affection. Excochleation und Aetzung mit 50 pCt. Milchsäure brachten die Geschwüre in 3 Wochen zur Uebernarbung.

Digitized by Google

In den links hinten liegenden Infiltraten trat jedoch bald eine tiefe, stark unterminirte Exulceration auf. Excidirte Schleimhautstücke zeigten nur Granulationsgewebe ohne bestimmten Charakter. Auch hier Heilung nach Auskratzung und Milchsäure. Nach $3^1/_2$ Monaten an der vorderen Partie der Zunge ein neuer, haselnussgrosser, teigig anzufühlender Knoten, an der Kuppe excoriirt. Links am Zungenrücken ein Conglomerat von 4—5 durch eine der früheren Narben getrennten Knoten. Intensive Infiltration der Epiglottis und Aryfalten. Katarrh der Lunge. Im spärlichen Sputum einige Tuberkelbacillen, in den ausgekratzten Granulationen fehlen dieselben.

Die Tuberkulose des Zahnfleisches.

Im Gegensatze zu der häufig vorkommenden, meist blühende Individuen betreffenden lupösen Form der Zahnfleischtuberkulose ist die exquisit tuberkulöse Erkrankung des Zahnfleisches nur in wenigen Fällen zuverlässig bekannt. Sie betrifft meist Phthisiker im Endstadium. H.'s Beobachtung betrifft ein 17jähriges, hereditär belastetes, an hochgradiger Lungen- und Larynxtuberkulose leidendes Mädchen. Entsprechend den linken unteren Schneidezähnen bis zum ersten Backenzahn ist das Zahnfleisch zu einer grauen, schmutzigen Geschwürsfläche mit spärlichen Inselchen von blassen, schlaffen Granulationen zerfallen. Das Geschwür begann am Zahnfleisch und setzte sich über den Fornix auf die Schleimhaut der Unterlippe fort. Die umgebende Schleimhaut aufgelockert, blass, an ihr einige graue Knötchen (Tuberkel) sichtbar. Das Geschwürssekret enthält zahlreiche Tuberkelbacillen.

Central erweichtes Sarcom des weichen Gaumens, einen peritonsillären Abscess vortäuschend.

Ein 54jähriger Mann hatte nach Influenza Drüsenschwellungen am Halse behalten, die vor 11 Monaten wuchsen; vor 1 Monat fieberhafte Halsentzündung, seither Schlingbeschwerden. Patient sehr herabgekommen. Tonsillen mittelgross, zerklüftet, der weiche Gaumen links convex in die Mundhöhle ragend, die Schwellung verliert sich allmählig gegen die Mitte und gegen den vorderen Gaumenbogen zu, der auch geschwellt ist. Schleimhaut blass, glatt, unempfindlich, überall elastische Consistenz, in der Mitte deutlichste Fluctuation. Die nasale Fläche des weichen Gaumens glatt, nur ein wenig hinaufragend. Diagnose: peritonsillärer Abscess, obgleich das Fehlen jeder Entzündungserscheinung und Kieferklemme, das langsame Entstehen Zweifel erregten. Nach Incision an der am meisten fluctuirenden Stelle entleerte sich nur eine geringe Menge mit krümeliger Masse untermischten Blutes. Nach $^1/_2$ Stunde profuse Blutung. Es war nun klar, dass es sich um ein gefässreiches Neoplasma handle und dass die centrale Erweichung die Fluctuation vorgetäuscht habe. Bald wucherten aus der Wundhöhle schwammige Massen hervor. Rapide Kachexie. Als Patient nach 5 Wochen wieder erschien, war der linke Oberkiefer vorgetrieben, der Bulbus nach oben gedrängt. Bald erfuhr man seinen Tod. Ein exstirpirtes Geschwulststück zeigte den Bau eines gefässreichen Rundzellensarcomes mit vielen und grossen Zellen, aber sehr spärlicher Zwischensubstanz.

Digitized by Google

II. Rachen- und Nasenrachenraum.

Defecte in den Gaumenbögen und im weichen Gaumen nicht syphilitischer Natur.

Verf. sah 4 Mal kreisrunde oder schlitzförmige Defecte in den vorderen oder hinteren Gaumenbögen, ausserdem spaltförmige, welche in der Nische der Vereinigungsstelle beider Gaumenbögen auftraten und bis ca. 0,5 Ctm. lang waren. Sie waren meist zufällige Befunde bei der Sondirung der Tonsillennischen. Einmal wurde oberhalb des Ansatzes der Gaumenbögen ein klaffender Spalt von 1 Ctm. Länge, durch den man die hintere Rachenwand sehen konnte, constatirt.

Diese angeborenen, als Hemmungsbildungen aufzufassenden Defecte characterisiren sich durch den dünnen, zugeschärften freien Rand und unterscheiden sich durch die glatte Schleimhaut von dem weissen, sehnig verdichteten Rande syphilitischer Defecte und Abhandensein anderer luëtischer Symptome.

Gestielte Geschwülste und fibroide Auswüchse der Tonsillen.

Ausser gestielten, aus Bindegewebe oder aus Tonsillengewebe bestehenden, vielfach beschriebenen Geschwülsten an der Tonsille, sah H. in 4 Fällen eine ca. 2 Ctm. lange, federkieldicke, knorpelharte, cylindrische, halbkreisförmig eingerollte Geschwulst, zwischen Tonsille und hinterem Gaumenbogen in die Tiefe dringend und dort vielleicht von der Tonsillencapsel entspringend. Die Entfernung geschah leicht, fast ohne Blutung. Die Geschwulst bestand aus dichtem Bindegewebe mit wenigen Gefässen, umgeben von einer Schleimhaut mit geschichtetem Pflasterepithel. Die Richtigkeit des Ausdruckes: „Fibroid der Tonsille“ lässt sich bezweifeln, da der eigentliche Ursprung dieses fibrösen Gebildes nicht bekannt ist.

Scrophulöse Rachengeschwüre.

Es wurden Geschwüre beobachtet, die von den Gaumenbögen, von den seitlichen Theilen der hinteren Rachenwand, und vom weichen Gaumen ausgingen. Sie entwickeln sich aus dem Zerfall schlaffer, stellenweise hypertrophischer Granulationen, sind wenig oder gar nicht auf Berührung empfindlich und können zu Verlust der Gaumenbögen oder des weichen Gaumen führen. Ihre Umgebung ist reactionslos, der Verlauf über mehrere Jahre ausgedehnt. Die Untersuchung des übrigen Organismus ergab nur auf Scrophulose deutende Zeichen. Hereditäre Luës war nie nachweisbar. Die histologische und bacteriologische Untersuchung des Secretes und der Granulationen fiel bezüglich Tuberculose stets negativ aus. Im Vergleiche zu den tertiären Syphilisformen des Rachens ist ihr Verlauf viel langsamer, Jodkali führt keine Besserung, Quecksilber stets rapides Fortschreiten des Geschwüres herbei. Auskratzung und Application von Milchsäure erzeugten rasche Tendenz zur Heilung. Die Narben sind fest, sehnig glänzend, ähnlich denen nach gummöser Luës; nach völliger Vernarbung können Verwachsungen mit der hinteren Rachenwand entstehen und die Entscheidung, ob Luës oder Scrophulose unmöglich machen. Recidiven sind häufig.

Operation der totalen Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand.

Zur Wiederherstellung der Nasenathmung bei totaler Verwachsung

Digitized by Google

genügt es, eine circumscripte Perforation anzulegen; sie soll möglichst weit nach hinten liegen, damit die Sprache weniger darunter leidet. — Viel glänzendere Resultate erzielte H. durch eine in mehreren Sitzungen ausgeführte Operationsmethode, deren Ziel es ist, von dem angewachsenen weichen Gaumen möglichst viel zu retten, was dadurch erreicht wird, dass die in einer Sitzung abgetrennte narbige Partie des weichen Gaumens durch 3—4tägige Tamponade mit Jodoformgaze stark gedehnt und dann erst die Ablösung mit einem rechtwinklig abgebogenen Messer immer mehr im Gewebe der hinteren Rachenwand fortgesetzt wird. Nähere Details sind im Originale angegeben. — Die neuerliche Verwachsung der abgelösten Partien zu verhindern, sind die durch v. Beregszászy eingeführten trapezförmigen, im Originale abgebildeten Cautschukplatten geeignet. H. beabsichtigt, sie durch eine angegebene Modification der Operation überflüssig zu machen.

Entzündung einer retropharyngealen Struma. Ausgang in Lösung.

Erkrankung vor 5 Tagen mit Schüttelfrost, Schling- und Athembeschwerden, Mattigkeit. Seit 2 Tagen nur noch Athem- und Schlingbeschwerden. Mässige Vergrösserung des rechten Schilddrüsenlappens. An der rechten hinteren Pharynxwand gegenüber der Ringknorpelplatte eine mit intensiv rother Schleimhaut bedeckte, über hühnereigrosse, in den rechten Sinus pyriformis hineinragende Geschwulst. Nach links überragt sie etwas die medio-sagittale Ebene, gegen rechts erreicht sie das untere Ende der Plica palato-pharyngea. Die glatte Geschwulst ist elastisch, aber nicht fluctuirend, schmerzhaft, beim Schlucken steigt sie aufwärts. Der ganze Larynx etwas nach links gedrängt, die Phonation gut, die Inspiration ein wenig gehemmt. Die Probepunction ergab nur wenig Blut. Diagnose: Entzündung eines ursprünglich unbedeutenden retropharyngealen Struma oder des umgebenden Zellgewebes.

Nach Gargarysma Kali chloric. und Eispillen schwanden in 3 Tagen die Schlingbeschwerden, die Geschwulst war auf die Hälfte verkleinert, wurde immer beweglicher. Ein Verbindungsstück zwischen Rachentumor und seitlichem Schilddrüsenlappen war nicht zu constatiren.

(Schluss folgt.)

Ueber die Gefahr, welche von Tuberculösen bewohnte Locale für die Contagion bieten. (Des dangers que présentent, au point de vue de la contagion, les locaux habités par des tuberculeux.) Von Dr. Ducor. (Académie de médecine de Paris, sèance du 28. Mars 1893.)

Eine Mutter mit ihren 2 Kindern, hereditär nicht belastet, bewohnten ein Local, in welchem die früheren Bewohner tuberculös gestorben waren und wurden alle 3 tuberculös. Der Koch'sche Bacillus wurde in den Wandtapeten nachgewiesen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Auswurf Tuberculöser kann auf dem Boden eintrocknen und zwei Jahre lang dort virulent bleiben. 2) Die Resorption tuberculösen Staubes kann Anlass geben zu allgemeiner oder localer Tuberculose oder zur Scrophulose. 3) Man kann nicht streng genug sein beim Desinficiren der durch Tuberculöse bewohnten Räume, sowohl im Interesse der Kranken selbst, als der darauffolgenden Einwohner. Dr. P. K.

Digitized by Google

VIII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie im Jahre 1894 in Budapest.

Herr Josef Körösi, Director des statistischen Bureaus der Stadt Budapest, hat einen Preis von 1500 Francs gestiftet, welcher dem besten Werke über die Aufgaben und die Fortschritte der Demographie zuerkannt werden soll. Die Arbeit soll die wissenschaftliche Aufgabe der Demographie bestimmen, eine kritische Behandlung der diesbezüglich bestehenden Ansichten, sowie jener wichtigsten demographischen Erhebungen bieten, welche im Laufe der letzten 50 Jahre in den Hauptstädten Europa's und in den Vereinigten Staaten von Amerika veröffentlicht wurden. Der Autor hätte demnach namentlich die Entwickelung des Zählungswesens, der Natalitäts- und Mortalitätsstatistik ins Auge zu fassen und hierbei zu berücksichtigen, wo, wann und durch welche Personen diese Zweige der Demographie Förderung gefunden.

Die eingesendeten Arbeiten können in deutscher, englischer, französischer oder italienischer Sprache abgefasst sein und sind anonym bis 1. März 1894 an Herrn Körösi (Budapest) einzusenden. Der Name des Autors ist in einem versiegelten Umschlage beizulegen. Zur Prüfung der Concurrenz-Arbeiten haben sich nachfolgende Herren bereit erklärt: Dr. Jaques-Bertillon, Director des statistischen Bureau's (Paris), Luigi Bodio, Generalsecretär des internationalen statistischen Instituts, Generaldirector der italienischen Statistik (Rom), Dr. V. v. John, Universitätsprofesser (Innsbruck), Josef Körösi, Director des communalstatistischen Bureau's (Budapest), Dr. W. Lexis, Vicepräsident des internationalen statistischen Instituts, Universitätsprofessor (Göttingen), Dr. W. Ogle vom Registran General of births, deaths and marriages (London).

Die Zuertheilung des Preises erfolgt in der Eröffnungssitzung des Budapester Congresses.

INHALT.

I. Originalien: Eulenstein: Ueber pyämische Metastasen bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein. — Winckler: Ueber den Gebrauch von Dilatationssonden in der Rhinochirurgie. — Szenes: Bericht über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19. — 21. Mai 1893). — Baumgarten: Berichtigung zum Artikel über die Gülcher'sche Thermosäule. — II. Kritiken: Onodi: Die Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen. — III. Referate: a) Otologische: Linsmayer: Heftige subjective Ohrgeräusche. Ligatur der rechten Carotis interna. Tod an Hemiplegie und Pneumonie nach 5 Tagen. — Linsmayer: Ein Fall von Verknöcherung der Ohrmuscheln. — b) Pharyngo-laryngologische: Hajek: Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Schnitzler an der allgemeinen Poliklinik in Wien. — Ducor: Ueber die Gefahr, welche von Tuberculösen bewohnte Locale für die Contagion bieten. — VIII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie im Jahre 1894 in Budapest.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. **Berlin, Juli 1893.** **No. 7.**

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen*).

Von

Dr. **B. Gomperz**

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität.

(Fortsetzung zu No. 5, 1893).

XVIII. Frau S., 32 Jahre alt, erkrankte im 4. Lebensjahre an Scharlach und leidet seitdem an beiderseitigem Ausflusse. Befund am 18. Novbr. 1889: R. besteht Zerstörung der unteren Trommelfellhälfte mit Polypenbildung. Links ist das Trommelfell destruirt, der Hammergriff erhalten. Hinten oben wuchert aus dem Antrum eine Granulation vor. Die Chorda tympani ist wie präparirt fast im ganzen hinteren oberen Quadranten zu sehen. Flüsterspr. 1½ Mtr. Ausspülung, Borsäure.

Am 23. Decbr. 89 hat die Otorrhoe beiderseits sistirt, die Granulation ist geschwunden, die Mucosa allenthalben blass. Flüstersprache 2¼ Meter. Patientin kam dann nicht mehr wieder.

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

Digitized by Google

XIX. H. S., 30 Jahre, Beamter, stellte sich mir am 30. Novbr. 89 vor. Seit dem 2. Lebensjahre, angeblich in Folge eines Sturzes, leidet er an beiderseitigem Ohrenflusse, dessentwegen er sich schon öfters bei Specialisten behandeln liess; doch setzte die Otorrhoe höchstens für wenige Wochen aus. Dieselbe ist in letzterer Zeit sehr übelriechend; auch leidet Pat. zeitweise an Schmerzen.

Im Gehörgange fand sich beiderseits höchst foetider Eiter. R. war das Trommelfell hinten unten perforirt, Flüsterspr. 6 Mtr., links war es zerstört bis auf einen schmalen Saum der oberen und vorderen Peripherie; am unteren Rande sassen Granulationen; Flüstersprache 20 Ctm. Catheterismus, Borsäure. 1. December. Der Foetor ist verschwunden. 3. Decbr. Secretion abnehmend. 6. Decbr. Aus dem Antrum links drängen sich Epithelmassen vor; Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle, Borsäure.

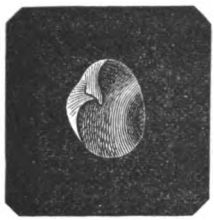


Fig. XIII.

8. Jan. 90. Die Ohren sind beiderseits trocken. Sie sind auch, wie bei öfteren Controlen constatirt wurde, bis zum 12. Juni 1893, wo Patient zum letzten Male bei mir war, trocken geblieben.

XX. J. L., Beamter, stellte sich mir am 8. Jan. 1890 vor. 1873 acquirirte er eine von einem Ausschlag gefolgte Induration, die mit Pillen behandelt wurde. 9 Jahre später trat, ohne dass Pat. anzugeben wüsste, wieso, eine Eiterung aus dem rechten Ohre auf, die seitdem nicht mehr zum Stillstande kam. Seit gestern Abend Blutung aus dem Ohre.

Links ist das Trommelfell normal, Uhr 87 Ctm.

Rechts findet sich im Gehörgange frisches Blut. Bis in den knorpeligen Theil ragt eine derbe, von Hämorrhagien durchsetzte Geschwulst vor; Flüstersprache hart am Ohre. Entfernung des Polypen mit der Schlinge; histol. Befund: Fibroma cavernosum.

10. Jan. Trommelfell geröthet, geschwollen, hinten oben wuchert die Wurzel der Geschwulst aus einer linsengrossen Lücke vor. Lapistouchirung.

4. Febr. Trotz wiederholter kräftiger Aetzungen ist die Geschwulst unaufhaltsam wieder vorgewachsen. Entfernung derselben mit der Schlinge in Bromäthyl-Narcose. Nachmittags sieht man wieder die Lücke im hinteren oberen Quadranten. Auskratzung der am Grunde derselben vorhandenen Granulationen; Verordnung, absoluten Alcohol 3 Mal täglich einzuträufeln.

10. Febr. Wieder ist die Geschwulst bis an's Niveau des Trommelfells vorgewuchert. Die vorgeschlagene Trommelfell-Hammer-Excision wird abgelehnt.

12. Febr. auffallende Besserung, die Wucherung ist auf eine Granulation zusammengeschrumpft, die hinter der oberen Peripherie der Lücke sitzt. Catheterismus, Borsäure.

17. Febr. Die Granulation ist verschwunden, Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle; dabei fühlt man rauhen Knochen.

14. März. Unter dieser Behandlung hat die Otorrhoe bedeutend abgenommen, das Trommelfell ist abgeschwollen, ebenso die Mucosa tympani. Man sieht den kurzen Fortsatz und Hammergriff, sieht, dass die Membran grösstentheils verkalkt ist, durch die Perforation des hin-

Digitized by Google

teren oberen Quadranten erblickt man die beiden Fensternischen, vom Amboss und Steigbügel Nichts. 2 Mal wöchentlich Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle und Borsäure-Einblasung durch dieselbe.

8. April. Die Secretion ist fast Null.

20. April. Das Ohr ist vollständig trocken.

15. October. Das Ohr ist trocken geblieben, das Trommelfell blass, die Mucosa tympani sehnig weiss. Flüsterspr. 70 Ctm. Ueber dem Proc. brevis eine trockene Fistel.

23. Januar 1891 Schmerzen rechts in der Schläfe und Sehstörungen. Trommelfellbild unverändert bis auf eine kugelige Vorwölbung der Membr. Shrapnelli, deren Farbe lichtrosa ist, als ob dahinter ein weisser Körper läge. Flüsterspr. 4—6 Mtr. Die Hammer-Excision wird wieder vorgeschlagen und verweigert. Ende Juli Otorrhoe; Pat. kommt nur selten, spritzt selbst das Ohr aus. Septbr.: Granulationswucherung aus dem oberen Trommelhöhlenraume. Liquor ferri. 15. Octbr. Die Granulationen sind verschwunden, nach hinten oben vom Proc. brevis ist das Trommelfell zu einer hanfkorngrossen Geschwulst vorgewölbt, welche perlartigen Glanz und Farbe hat. Die Secretion ist minimal. 2. Novbr. 91. Das Ohr ist trocken geblieben. Die perlglänzende Partie ist stärker vorgewölbt und deckt die obere Hälfte des Hammergriffes. Keine Beschwerden.

Fig. XIV.

April 1892 stellte sich Pat. wieder vor. Das Ohr war trocken geblieben, die Vorwölbung wie früher; Herr Prof. Politzer constatirte den gleichen Befund und bestätigte meine Anschauung, dass ein Cholesteatom vorliege; behufs weiterer Beobachtung dieses seltenen Befundes wird ein operatives Verfahren nicht eingeschlagen.

14. März. Seit einigen Tagen ist wieder Kopfschmerz rechts aufgetreten. Etwas Exsudat in der Lücke, die perlartige Vorwölbung nicht mehr so deutlich zu sehen. Catheterismus, Ausspülung, Soda-Glycerin-Lösung zum Einträufeln.

11. April. Mit der Hartmann'schen Canüle wird ein erbsengrosses, zerklüftetes Cholesteatom ausgespritzt.

15. April. Ohr trocken Membr. Shrapnelli wieder eingezogen.

8. October. Seit 8 Tagen Schwindel und Schmerz rechterseits; es hat wieder geeitert; den Vorschlag der Hammer-Excision beantwortet Pat. damit, dass er sich im Falle einer neuerlichen Recidive derselben unterziehen wolle.

17. Novbr. Die Eiterung ist vollständig versiegt.

10. Juni 1993. Das Ohr ist trocken geblieben, Pat. hat keinerlei Beschwerden. Flüsterspr. 7 Mtr.

XXI. J. R., Brauer, 40 Jahre alt, trat am 2. Mai 1890 in meine Behandlung. Im Jahre 1869 erkrankte er nach einer Erkältung an eitrigem Ausflusse rechts, welcher bis 1880, wo ihm Polypen aus dem Ohre genommen wurden, dauerte. Dann hatte er 6 Jahre Ruhe. 1886 erkrankte er nach einer im Bier-Kühlraume verbrachten Nacht an Schmerzen und Taubheit, sowie Anschwellung rechts; 3 Wochen später trat wieder Ausfluss auf, der bis jetzt andauert. Pat. klagt über häufige Schmerzen im rechten Ohre und Schlaflosigkeit. Stat. praes.: Grosser, herkulisch ge-

Digitized by Google

bauter Mann. L. Ohr normal. Rechts: Im Gehörgange liegt Eiter, das Trommelfell ist hyperämisch, über dem Proc. brevis sitzt eine eiternde Fistel. Flüsterspr. 3½ Mtr., beim Politzer'schen Verfahren Perforationsgeräusch. Die Ausspülung mit der Hartm.'schen Canüle fördert viel käsigen Eiter zu Tage.

Durchführung dieser Behandlung 2—3 Mal wöchentlich.

7. Januar. Die Eiterung ist nur mehr sehr gering. Behandlung jede 2—3 Wochen ein Mal.

12. August. Die Eiterung ist wieder stärker, Patient erlernt, da er von Jedlerse nur schwer nach Wien kommen kann, die Ausführung des Politzer'schen Verfahrens und der Ausspülungen, die er sich nun täglich nebst Borsäure-Einstäubung selbst macht.

Am 11. November 1890 besuchte er mich wieder; er spritzt schon seit 2 Monaten nicht mehr aus, da er keinen Eiter mehr bemerkte. Das Trommelfell war blass, getrübt, die Lücke in der Membr. Shrapnelli hatte sich mit einer zarten, glänzenden Narbe geschlossen, die dem Hammerhals anliegt; im vorderen unteren Quadranten ist eine stecknadelkopfgrosse atrophische Partie (Narbe?), Flüsterspr. hört er über 9 Mtr., beim Politzer'schen Verfahren entsteht kein Perforationsgeräusch mehr.

5. Januar 1891. Patient hat keine Beschwerden mehr, schläft viel besser. 17. August 1891. Pat. bläst noch jede Woche 1 Mal Luft ein. Ohr trocken. Uhr 160 Ctm. Letzte Controlen am 22. Juni 1892 und 20. März 1893. Das Ohr ist geheilt geblieben.

XXII. Ernst F., 16 Jahre, Gymnasiast, hat in früher Kindheit beiderseits nach Scharlach eitrige Ohrentzündung acquirirt; rechts steht der Ausfluss ab und zu, auch derzeit, stille, links fliesst das Ohr fortwährend. Ich sah Pat. zum ersten Male am 31. März 1890, wobei ich folgenden Status aufnahm: R. Trommelfell fast in toto verkalkt. Uhr 7 Ctm. Links: Im Gehörgange finden sich Eiter und Epithelmassen. Das Trommelfell ist bis zur Membr. Shrapnelli erhalten, verdickt, die Pars flaccida in einem grossen Substanzverluste des inneren Endes der oberen Gehörgangswand aufgegangen, durch welchen Hammer- und Ambosskörper deutlich gesehen werden können. Beim Politzer'schen Verfahren lautes Perforationsgeräusch. Uhr a. c. Borsäure.

3. April. Die Eiterung ist unverändert. 5. April. 3 Mal täglich Borspiritus nach vorheriger Ausspritzung; dann Borsäure in Substanz.

7. April. Reizungserscheinungen, vom Alcohol herrührend; Aussetzen mit demselben. 9. April. Die Eiterung ist geringer; meine Methode der Borsäure-Einblasung in den oberen Trommelhöhlenraum. 10. April. Die Borsäure ist trocken geblieben. 11. April. Sie ist zerflossen; meine Methode. 12./13. April. Wiederholung derselben. 14. April. Die Borsäure ist trocken. 15. April. Ohr trocken. 21. April. Entlassung des Patienten.

Im Mai 1892 suchte mich derselbe wieder auf; das linke Ohr war seit jener Zeit stets trocken geblieben und konnte ich auch die vollkommene Ausheilung constatiren.

XXIII. J. P., Geschäftsreisender, 38 Jahre alt, suchte mich am 25. April 1890 auf; er leidet seit 12 Jahren an eitrigem Ausflusse links, den er auf Sprengung des Trommelfelles beim Abfeuern einer Kanone zurückführt. Vor 15 Jahren acquirirte er Lues. Rechts finden sich aus-

Digitized by Google

gedehnte Narben am Trommelfelle, Uhr $\frac{45}{200.}$ Links ist der Gehörgang von höchst foetidem Eiter erfüllt; das Trommelfell ist destruirt, der Hammer dem Promontorium anliegend, die Mucosa epidermisirt, entzündet, aus dem Attic eitert es. Uhr i. c. pr. mast. Die Ausspülung mit der Hartm.'schen Canüle fördert massenhafte Retentionsproducte heraus. Der Foetor verschwand schon am nächsten Tage; am 19. Mai war die Eiterung nur mehr minimal; der Patient, der schon längst ungeduldig war, blieb jetzt aus.

XXIV. M. H., 19 Jahre, Taschnerstochter, leidet seit vielen Jahren nach Scharlach an linksseitigem Ausflusse; vor einem Monate waren ihr aus dem linken Ohre Polypen entfernt worden. Status am 17. Juni 90: Rechtes Ohr normal. Linkes Ohr: Im Gehörgange Eiter; Trommelfell vollständig destruirt; das innere Ende der oberen Gehörgangswand ist so weit zerstört, dass fast der ganze obere Trommelhöhlenraum überblickt werden kann. Hammer, Amboss und Steigbügel fehlen, die Mucosa ist lebhaft roth, succulent. Ausspülung mit der Hartm.'schen Canüle und Borsäure-Einblasung durch dieselbe, täglich 1 Mal.

22. Juni. Die Otorrhoe ist wesentlich geringer. 25. Juni. Die Otorrhoe hat sistirt, die Mucosa schwillt ab. 3. Juli. Die Mucosa ist allenthalben sehnig grau, glänzend.

XXV. J. S., 23 Jahre, Comptoirist, stellt sich wegen Eiterung aus dem rechten Ohre vor. Das Trommelfell zeigt sich geröthet, geschwollen, in der Membr. Shrapnelli ist eine Lücke, aus der es eitert. Nach zweitägiger Behandlung war das Trommelfell abgeschwollen und die Eiterung sistirt. Pat. kam dann nicht wieder.

XXVI. und XXVII. Rosa B., 22 Jahre, Postbeamtin, leidet seit dem 3. Lebensjahre an beiderseitigem, immer wiederkehrendem Ohrenflusse. Beiderseits war eingedickter Eiter im Gehörgange und am Trommelfelle. R. war der hintere obere Quadrant destruirt, die Mucosa tympani blass, hinten oben kam Eiter vor. Flüsterspr. 1/2 Mtr., beim Pol.'schen Verfahren Perforationsgeräusch. Lupus im Gesichte und an den Armen. Links die gleichen Verhältnisse mit dem Unterschiede, dass hinten oben der Canalis Fallopiae und das Amboss-Steigbügelgelenk sichtbar war. Flüsterspr. 2 1/2 Mtr. Schon am 2. September war das linke Ohr trocken unter Zunahme der Hörweite auf 7 Mtr. (durch Catheterismus); da aber die Pat. wegen Domicilveränderung ausbleiben musste, kehrte die Eiterung wieder; ich sah dann die Pat. nur mehr am 26. Februar 1891, wo sie kam, um sich Verordnungen für die Selbstbehandlung zu erbitten, da sie in eine ferne Provinzstadt versetzt worden war.

XXVIII. 15. August 1890. Franz K., 41 Jahre, Hufschmied, leidet seit 4 Tagen an Schnupfen, seit gestern an Schwindel und Schwerhörigkeit. Starker Mann von gedrungenem Körperbau. Der Gehörgang ist rechts verlegt durch Epithelmassen, das Trommelfell ist nicht zu sehen; Flüsterspr. 4 1/2 Mtr. Links: Trommelfell getrübt, retrahirt, Uhr 73 Ctm., nach dem Pol.'schen Verf. 2 Mtr. 19. August. Gehörgang rechts etwas weiter, das Trommelfell geröthet, geschwollen, an seiner oberen Peripherie haften Eiter und Epithelfetzen; nach dem Ausspritzen zeigt sich besonders die obere Trommelfellhälfte von der Entzündung ergriffen. Trotz der Mahnung, am nächsten Tage zu kommen, stellt sich der Kranke erst am

Digitized by Google

26. August wieder vor mit heftigem Schwindel, grossen Schmerzen, periauriculärer Infiltration und Zuschwellung des Gehörganges. Flüstersprache 15 Ctm. Liquor Burowi-Einlagen. 28. August. Incision in die hintere und obere Wand des Gehörganges. 29. August. Der Gehörgang ist weiter. Schwindel. 31. Aug. „Furchtbarer", permanenter Schwindel, kein Fieber; kein Appetit, Genossenes wird sofort erbrochen, im Urin weder Albumen noch Zucker, Herz gesund. Gehörgang weit, Trommelfell entzündet, Flüsterspr. ad concham. Paracentese, Entleerung einiger Tropfen visciden Exsudates, danach grosse Erleichterung, Flüstersprache 1½ Mtr. Bettarrest. 3. Septbr. Trotz täglicher Behandlung lässt der Schwindel nicht nach; die obere Hälfte des Trommelfelles ist jetzt stark vorgewölbt. Druckempfindlichkeit in der Schläfegegend, kein Kopfschmerz. 5 Blutegel. 5. Septbr. Heftiger Schwindel mit Angstanfällen. Der Gehörgang ist wieder zugeschwollen.

17. Septbr. Patient ist sehr elend, hat Kopfschmerz und Schwindel; am Trommelfell oben ist eine Granulation aufgeschossen. Die Trepanation wird empfohlen, jedoch für die nächsten Tage verschoben. 21. Septbr. Aus dem verengten Gehörgange ist über Nacht ein Polyp hervorgewachsen, lang und bohnendick. Exstirpation mit der Schlinge. Beim Ausspritzen geht ein erbsengrosses, braunes, morsches Cholesteatom mit, wonach grosse Erleichterung eintritt. Von da an besserte sich der Zustand, abgesehen von einem leichten Rückfalle am 24. October, unter Luftdouchen und Ausspülungen, wobei noch durch 2 Wochen täglich cholesteatomatöse Massen abgingen, derart, dass am 7. November keine Secretion mehr wahrzunehmen war. Doch bestand noch ab und zu Schwindel und Sausen.

17. November. Das Trommelfell blass, die Membr. Shrapnelli weit perforirt, Uhr rechts 160 Ctm., links 57 Ctm., nach dem Catheterismus 82 Ctm. Ohr trocken.

4. Decbr. Trommelfell bleigrau getrübt, die Lücke in der Membr. Shrapnelli offen, Uhr 120 Ctm.

Fig. XV.

29. März 1891. Pat. hat den Schwindel vollständig verloren, leidet aber trotz einer galvanischen Cur bei einem Collegen noch immer an Sausen und Zischen. Das Trommelfell ist blass, glatt, glänzend, durch einen Defect des inneren Endes der oberen Gehörgangswand und der Membr. Shrapnelli sieht man in den von gelbrother Schleimhaut bekleideten oberen Trommelhöhlenraum und übersieht zum Theil das Hammer-Ambossgelenk. Uhr über 2 Mtr.

Letzte Controle am 5. April 93. Die Heilung ist permanent geblieben. Uhr 2 Mtr.

XXIX. Em. E, 13 Jahre, Realschüler, stellt sich mir am 1. Sept. 1890 vor. Vor 1½ Jahren erkrankte er ohne bekannte Ursache an Otorrhoe rechts; damals sistirte nach 14tägiger Behandlung der Ausfluss. Vor ½ Jahre trat wieder Ausfluss auf und kam Patient bald darauf in specialistische Behandlung, wobei ein Polyp von Erbsengrösse entfernt wurde. Der Ausfluss nahm danach sehr ab, hörte aber nicht vollständig auf. Die Mutter des Knaben leidet an Spitzenkatarrh. Ich fand rechts Eiter im Gehörgange; das Trommelfell getrübt, mässig retrahirt, über dem Proc. brevis sass eine Lücke, durch die der Einblick in eine hanf-

Digitized by Google

korngrosse Höhle möglich war, deren Wandungen theils epidermisirt, theils granulirend waren. Die Sonde kommt in der Gegend des Hammer-Ambossgelenkes auf rauhen Knochen. Flüstersprache bis 7 Meter.

Fig. XVI.

Am 9. September war die Eiterung minimal; Patient entzog sich der weiteren Behandlung.

XXX. A. S., 33 Jahre, Fabrikant, stellt sich mir am 3. Septbr. 91 vor. Seit einem Jahre leidet er an zunehmender Schwerhörigkeit links, die er starkem Rauchen zuschreibt, und zeitweisem Sausen. Ausfluss hat er nie bemerkt. Rechts normaler Befund. Links finden sich foetider Eiter und Eiterkrusten, nach deren Entfernung das Trommelfell sehr retrahirt sichtbar wird. Die vordere Hälfte der Membran bis zum hinteren unteren Quadranten ist grösstentheils verkalkt, hinten oben hinter dem Hammergriff ist eine rundliche, etwa 3 Mm. Dm. haltende Lücke, aus welcher der Eiter dringt; der untere Rand dieser Lücke ist dem Promontorium adhärent; über dem Proc. brevis eine trockene Fistel. Uhr 2 Ctm.; beim Pol.'schen Verf. und Catheterismus kein Perforationsgeräusch, danach Uhr 35 Ctm.

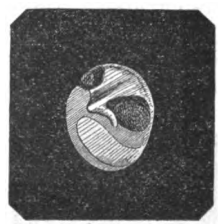


Fig. XVII.

4. Septbr. Es hat aus der Lücke hinten oben geeitert. Uhr 44 Ctm., nach dem Catheterismus 73 Ctm. (normal 2 Mtr). Patient fährt nach Pest zurück.

XXXI. H. K., 32 Jahre, Kunststickerin, leidet seit 17 Jahren an Ausfluss am linken Ohre; die Veranlassung ist ihr nicht bekannt. Status am 6. October 90: R. besteht eine Narbe der unteren Trommelfellhälfte. Uhr 8 Ctm. Links sieht man nach Ausspritzung foetiden Eiters nur vorne und oben einen Saum des Trommelfelles; der Rest desselben ist durch einen scheinbar von hinten oben herwuchernden, breit aufsitzenden Polypen verdeckt. Aetzungen mit Liquor ferri brachten den Polypen sehr rasch zur Schrumpfung; am 9. October war die Otorrhoe schon sehr gering, am 1. Decbr. war unter Anwendung von Ausspülungen und Borsäure der Polyp verschwunden, der die hintere Hälfte des Trommelfells betreffende Defect vernarbt; nur von hinten oben eiterte es noch aus dem Attic. spurenweise. Uhr rechts 80 Ctm., links 85 Ctm. Ausspritzung mit der Hartmann'schen Canüle. 2. Februar 1891 Otorrhoe vollkommen versiegt. Im April 1892 konnte ich das Andauern der Heilung constatiren.

XXXII. H. V., 30 Jahre, Forstbeamter, leidet seit dem Jahre 1887 an zeitweisem übelriechenden Eiterausflusse rechterseits. Befund am 16. Febr. 91: Rechts Perforation des hinteren oberen Quadranten, der untere Rand der Lücke ist mit dem Promontorium verlöthet; aus dem oberen Trommelhöhlenraum kommt Eiter, der sich eingetrocknet als gelber Streifen längs der hinteren Gehörgangswand hinzieht. Uhr 10 Ctm. L. exsudativer Catarrh. Uhr 70 Ctm. Therapie: Ausspülung, Catheterismus, Borsäure.

19. Februar. Uhr rechts 14 Ctm., links 94 Ctm.

24. Februar. Die Otorrhoe hat rechts sistirt.

21. März. Uhr rechts 65 Ctm., links 2 Mtr. Ohr trocken.

Digitized by Google

15. April 1892. Das Ohr ist trocken geblieben.

XXXIII. R. K., Arzt, 29 Jahre, leidet seit Kindheit an foetider Eiterung rechts. 5. März 1891 zeigt sich folgender Befund: Linkes Ohr normal. Rechts: Trommelfell destruirt bis auf den Hammergriff und die Membr. Shrapnelli. Ersterer stark einwärts gezogen, dem Promontorium adhärent. Innere Paukenhöhlenwand epidermisirt, von hinten oben ragen eingedickter Eiter und Epidermis herab.

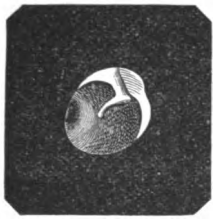


Fig. XVIII.

Patient liess sich öfters behandeln, hatte aber nicht die Geduld, regelmässig durch längere Zeit zu kommen, so dass die fötide Secretion, allerdings nur mehr spurenweise, fortdauert.

XXXIV. Frl. A. V., 17 Jahre, sah ich am 15. April 1891 zum ersten Male. Sie leidet seit Kindheit nach Scharlach an rechtsseitigem, immer übelriechenden Ausflusse. Ein Bruder ist an Phthisis pulmonum gestorben. Rechts: Im Gehörgange Eiter und Schleim. Das Trommelfell ist destruirt bis auf einen schmalen Saum an der unteren und oberen Peripherie. Der Hammer ist erhalten, von hinten oben kommen Eiter und Epidermisfetzen. Die Schleimhaut in der vorderen Partie der Paukenhöhle ist entzündet, in der hinteren epidermisirt; über dem Proc. brevis sitzt eine hirsekorngrosse Granulation. Uhr 5 Ctm.; beim Pol.'schen Verf. Perforationsgeräusch, dann Uhr 12 Ctm. Unter mehrmals wöchentlich durchgeführter Behandlung mit Ausspülungen und Borsäure nebst Luftdouchen hat die Otorrhoe am 14. Mai fast ganz sistirt. 7. Juni. Das Ohr ist trocken, die Mucosa sclerosirt, Flüsterspr. 2 Mtr. Entlassen.

Fig. XIX.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht
über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893).

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

8) Kuhn (Strassburg): Demonstration von vier Schläfebeinpräparaten.

K. demonstrirt 1) die Schläfebeine zweier Kranken, die an Sinusphlebitis und 2) die zweier Patienten, die an Carcinom des Mittelohres zu Grunde gegangen waren.

Von den ersten zwei Fällen betrifft einer ein 40 Jahre altes Mädchen, das in Folge einer im 6. Lebensjahre überstandenen doppelseitigen Mittelohrentzündung taubstumm geworden war. Wegen Retentionserscheinungen im rechten Ohre wurde Pat. in die Klinik aufge-

Digitized by Google

nommen, doch gingen dieselben nach Extraction mehrerer Polypen aus der rechten Paukenhöhle rasch zurück. Nach völligem Wohlbefinden während eines Monates traten plötzlich Fieber und wiederholte Schüttelfröste ein; die rechte Jugularis war strangförmig geschwollen und schmerzhaft; in der rechten Paukenhöhle schmierige, übelriechende Eitermengen, aber keine grösseren Granulationen. Nach Eröffnung des beträchtlich atrophirten Proc. mast. wurde der Sinus sigmoideus in ziemlicher Ausdehnung freigelegt; im Antrum fand sich kein Eiter und bei der Punction des äusserlich ganz unveränderten Sinus wurde schwarzes, flüssiges Blut entleert, weshalb auch von einem weiteren Eingriff im Sinus Abstand genommen und nur eine breite Verbindung des Antrum mit der Paukenhöhle hergestellt wurde. — Pat. ging einige Tage später nach wiederholten Schüttelfrösten und unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen hypostatischen Pneumonie zu Grunde. Bei der Section fand sich ein frischer, fester Thrombus im Sin. sigm., der aber keine Spuren eitrigen Zerfalles zeigte; dagegen war die Jugularis in ihrer ganzen Ausdehnung am Halse theils von festem, theils von eitrig zerfallenem Thrombenmaterial erfüllt.

Der zweite Fall betrifft einen 15 Jahre alten Knaben, bei welchem der linke Warzenfortsatz wegen eines acuten Empyems nach acuter Otitis med. purul. breit eröffnet und grosse Mengen frischen Eiters entleert wurden. Wenige Stunden nach der Operation erfolgte ein heftiger Schüttelfrost, dem dann in den nächsten Tagen mehrere andere folgten. Die Jugularis fing an, in ihrem Verlaufe am Halse schmerzhaft zu werden, trat strangförmig hervor; es stellte sich Sopor ein, das Gesicht, besonders die oberen Augenlider, wurden stark gedunsen, immerwährend 40° Temperatur; ophthalmoscopisch fand sich beiderseits Oedem der Retina mit leichter Vorwölbung der Papille und kleinen frischen Blutungen im linken Auge, hierzu traten Nackenstarre und Delirien und am 7. Tage nach der Operation erfolgte unter pyämischen Lungenerscheinungen der Exitus. — Im Sin. sigm. fand sich ein eitrig zerfallener Thrombus, der gegen den Sin. transv. mit einem festen Thrombus abschloss; die Aussenwand des Sin. sigm. gegen die Jugularis zu war necrosirt, in beiden Sin. cavernosi waren zerfallene Thrombi, und in der linken Jugularis communis fanden sich theils dunkelrothe feste, theils eitrig zerfallene Thrombenmassen.

Angesichts dieser beiden Fälle glaubt K., dass bei pyämischen Ohraffectionen, sobald die Jugularis strangförmig verdickt und sich schmerzhaft anfühle, es nicht genüge, den Sinus zu eröffnen und zu drainiren, sondern dass man zu gleicher Zeit die Jugularis communis unterbinden müsse, wie dies Zaufal schon angerathen und Lane und Parker auch mit Erfolg ausgeführt haben.

Die beiden anderen Präparate betreffen zwei Fälle von Plattenzellen-Carcinom des Mittelohres. Ein Fall bezieht sich auf eine 68 Jahre alte Frau, die seit ihrem zwanzigsten Lebensjahre an einer linksseitigen Mittelohreiterung gelitten hatte und bei welcher die Neubildung von der Schleimhaut der Paukenhöhle ausgegangen und allmählig von innen her auf die umgebenden Theile des Mittelohres, den äusseren Gehörgang und die Anteauriculardrüsen übergegangen war

Digitized by Google

und diese Theile vollständig zerstört hatte; die hochgradig cachektische Kranke erlag schliesslich einer frischen Pneumonie des rechten unteren Lungenlappens. Pat. war erst 4 Monate vor ihrem Tode ärztlich beobachtet worden.

Im zweiten Falle entwickelte sich das Carcinom während der Beobachtung K.'s bei einem 50 Jahre alten Manne in der Trepanationswunde des rechten Warzenfortsatzes. Die Eröffnung des Warzenfortsatzes war 4 Monate vor dem ersten sichtbaren Erscheinen des Carcinoms wegen Retentionserscheinungen im Mittelohre mit starker Senkung der hinteren Meatuswand gemacht worden. Pat. hat seit seiner Jugend an einer chronischen Eiterung des rechten Ohres gelitten, ohne jedoch, ausser Taubheit auf diesem Ohre und Eiterung, irgend welche Beschwerden verspürt zu haben, bis zum Momente der Eiterretention, die sich während 3—4 Wochen vor der Trepanation allmählig einstellte. Bei der Aufmeisselung des stark sclerosirten Proc. mast. entleerten sich mässige Eitermengen aus dem Antrum, die Paukenhöhle war frei von Granulationen und nirgends ein Anzeichen irgend welcher Neubildung. Pat. erholte sich wesentlich nach der Operation und war von seinen Ohrschmerzen vollständig befreit; der äussere Gehörgang war wieder wegbar geworden. 3 Monate nach dem chirurgischen Eingriffe zeigten sich zum ersten Male in der Tiefe der wieder beträchtlich verengten Warzenfortsatzwunde kleine harte Granulationen, die ziemlich rasches Wachsthum zeigten und den Eiterabfluss behinderten; es wurde deshalb die Wunde stark erweitert und die hintere knöcherne Meatuswand in grosser Ausdehnung abgetragen. Die harten und jetzt als Carcinommassen erkannten Granulationen griffen nun stärker um sich; die Schmerzen steigerten sich von Tag zu Tag, es trat Lähmung des linken Facialis ein, Pat. magerte ungemein stark ab und unter den Symptomen einer allgemeinen Cachexie ging derselbe 15 Monate nach der ersten, also 11 Monate nach der zweiten Operation zu Grunde.

An dem demonstrirten Präparate sieht man, dass die schmutzigweisse Carcinomgeschwulst das ganze Schläfebein durchsetzt und den vorderen Theil des Hinterhauptbeins ergriffen hat; die Knochensubstanz ist durch die Neubildung völlig zerstört; am vorderen Abschnitte der Paukenhöhle, wie auch an der vorderen Meatuswand dagegen lassen sich, macroscopisch wenigstens, keine Krebsmassen nachweisen, auf dem Duramaterüberzuge des Felsenbeins befinden sich einige erbsengrosse, harte Carcinomknötchen. — K. hält es für wahrscheinlich, dass die Neubildung sich erst nach der ersten Operation entwickelt hat, und zwar in der Warzenfortsatzwunde, denn der weitaus grösste Theil des Tumors befand sich im Proc. mast. und die vorderen Abschnitte der Paukenhöhle und des Gehörganges waren fast gänzlich davon frei geblieben.

Discussion:

Jansen (Berlin) erwähnt im Anschlusse die Erfahrungen, welche in der Berliner Ohrenklinik gemacht wurden, wo vier Mal Heilungen von Sinusthrombose erzielt wurden. Der Sinus wurde in den betreffenden Fällen nur so weit freigelegt und incidirt, als der eitrige Inhalt des Thrombus reichte; die Fälle, wo die Jugularis unterbunden wurde, gingen an Pleuropneumie zu Grunde, und glaubt J., dass

Digitized by Google

durch die Unterbindung der Jugularis die Ausbreitung des phlebo-tromb. Processes durch das Gebiet der Aeste der Jugularis begünstigt werde, denn letztere zeigten sich in den beobachteten Fällen mit Eiter erfüllt und häufig von Eiter umgeben. Endlich erwähnt J. noch im Gegensatze einen Fall, wo die Incision des Sinus zur Heilung führte, wo von vornherein Symptome einer Jugularis-Thrombose bestanden.

9) v. Wild (Frankfurt a. M.): Zur Percussion des Warzenfortsatzes nebst Bericht über einen Fall von Pyämie bei acuter Erkrankung dieses Knochentheiles.

Körner und v. Wild[3]) machten darauf aufmerksam, dass die Percussion des Warzenfortsatzes ein wichtiges Symptom zur frühzeitigen Erkennung cariöser Processe im Felsenbeine abgebe. — Den dort beschriebenen 2 Fällen fügt v. W. einen dritten hinzu, in welchem, wie in den beiden anderen, die Dämpfung des Percussionsschalles am Warzenfortsatz das einzige objective Symptom für eine Erkrankung des Knochens war. Der Fall hat ferner wegen seiner Complication mit Pyämie Interesse. Bei der 18 Jahre alten, von vornherein unter sehr heftigen Allgemeinerscheinungen an Otit. med. pur. ac. erkrankten Pat. traten am 8. und 9. Krankheitstage pyämische Metastasen im rechten Arm und linken Bein auf. Gleichzeitig erweist sich bei der Percussion des Warzenfortsatzes der Schall gedämpft, während sonstige Zeichen einer Knochenerkrankung fehlen. — Die sofort ausgeführte Operation zeigt, dass die Warzenzellen und das Antrum mit Granulationen gefüllt sind, die Diploë des Knochens stark hyerämisch ist. Der Knochen wurde ausgiebig ausgemeisselt, der Sinus auf 1 Ctm. freigelegt; er zeigt sich unverändert. — Nach der Operation treten weitere pyämische Metastasen nicht mehr auf, das Allgemeinbefinden bessert sich allmählig, die Ohraffection kommt schnell zur Heilung. Die Metastasen sehen nach Eröffnung grosser Abscesse ihrer vollständigen Heilung entgegen.

Der Fall berechtigt auf's Neue dazu, die Methode zu empfehlen.

Discussion:

Eulenstein (Frankfurt a. M.) theilt einen Fall von acuter Mittelohreiterung mit, bei dem bei anscheinend gesunden, nicht infiltrirten Weichtheilen die Percussion, so lange die Mittelohraffection bestand, dumpfen Schall gegenüber der gesunden Seite ergab, der sich mit der fortschreitenden Heilung jedoch wieder aufhellte.

10) Eulenstein (Frankfurt a. M.): Ueber pyämische Metastasen bei acuten Erkrankungen im Schläfebein.

Der Vortrag ist in No. 6 der Monatsschr. f. Ohrenheilk. in extenso mitgetheilt.

Discussion:

Kuhn (Strassburg) meint, dass E.'s Angaben bezüglich der Fälle von Ohrpyämie, wo es sich um Unterbindung der Jugularis comm. handelte, dahin zu rectificiren wären, dass von Lane und Parker einige derartige glückliche Ausgänge mitgetheilt wurden.

Körner (Frankfurt a. M.) glaubt das negative Resultat der Percussion des Warzenfortsatzes jenem Umstande zuschreiben zu

[3]) Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XIII, S. 234.

Digitized by Google

müssen, dass der Krankheitsherd nur etwa erbsengross war und sehr tief lag. Bezüglich des anderen erwähnten Falles, wo die Percussion eine Schallabschwächung gab, obwohl keine Erkrankung der Knochensubstanz vorlag, glaubt K. das vorher bestandene Oedem als Ursache betrachten zu müssen, das vielleicht bei der Percussion noch in geringem Grade vorhanden war und den Schall auch beeinflusste.

Szenes (Budapest) theilt im Anschlusse zwei einschlägige Fälle mit.

Im ersten Falle handelte es sich um ein 8 Jahre altes Mädchen, bei dem während der 1889/90er Influenza-Epidemie eine linksseitige Influenza-Otitis aufgetreten war. Drei Tage nach dem Auftritte des Trommelfelldurchbruchs mit profuser Otorrhoe zeigt sich zuvörderst das klinische Bild einer Gonitis serosa an derselben Seite, ausserdem bestand auch noch im linken Sprunggelenke eine hochgradige Empfindlichkeit, welche schon bei der geringsten Berührung die intensivsten Schmerzen verursachte und das Kind deshalb ganz bewegungslos im Bette lag. Einige Tage später bildete sich endlich ein periostitischer Abscess am Kreuzbeine. Die Otorrhoe hatte auf Ausspritzungen mit 4procentiger Borsäurelösung sistirt und der Trommelfelldefect vernarbte; die Gonitis, wie auch die Empfindlichkeit im Sprunggelenke bildeten sich auf kalte Ueberschläge zurück, der Abscess am Kreuzbeine aber musste eröffnet werden, wobei sich circa 3 Deciliter grünen, jedoch nicht fötiden Eiters entleerten, und das während der Krankheit ganz herabgekommene Kind war nach wenigen Wochen vollkommen geheilt.

Der zweite Fall endete letal. Es war das ebenfalls ein 8 Jahre altes Mädchen, zu welchem Sz. auf's Land gerufen wurde, nachdem seit 10 Tagen eine linksseitige eitrige Paukenhöhlenentzündung mit profuser Otorrhoe bestanden hatte, zu welcher sich in den letzten Tagen auch noch ein subperiostealer Abscess an dem betreffenden Warzenfortsatze hinzugesellte. Letzteren öffnete Sz. nach Durchspaltung der Weichtheile und des Periosts, und nur weil an dem freigelegten Knochen kein einziges Symptom vorhanden war, welches einen tieferen Eingriff erheischte, stand Sz. von der Aufmeisselung ab. Nach dem operativen Eingriffe besserte sich zwar der Allgemeinzustand des Kindes, aber nach einigen Tagen trat in der Gegend des Kreuzbeines eine ausgebreitete Phlegmone auf, bald stellte sich hier eine diffuse Vereiterung ein, doch die betreffenden Aerzte standen von einem operativen Eingriffe ab und das Kind starb nach 10 Tagen.

11) Jansen (Berlin): Eröffnung eines extraduralen Abscesses in der hinteren Schädelgrube durch die mediale Antrumwand hindurch.

J. berichtet über einen Fall von acuter Mittelohreiterung mit Kopfschmerzen, Schwindel, starker Eiterung. Bei der Aufmeisselung war der Befund im Warzenfortsatz und im Antrum im Ganzen negativ. Schliesslich fand sich an der medialen Antrumwand über und hinter dem horizontalen Bogengang eine ganz feine Fistel, durch die hindurch die Sonde ziemlich transversal tief eindrang. Die Fistel wurde mit Meissel erweitert und ein offenbar an der hinteren Felsenbeinwand in der Gegend der benachbarten Schenkel der verticalen Bogengänge extradural gelegener Abscess eröffnet. Der Abscess stand nach vorn unten mit dem Vestibulum in Verbindung. — Patient ist geheilt.

Digitized by Google

Im Anschluss erwähnt J., dass an der Berliner Universitäts-Ohrenklinik in den letzten Jahren sehr zahlreiche Beobachtungen über Durchbrüche durch die Bogengänge gesammelt wurden. Am zahlreichsten fanden sich die Defecte im horizontalen Bogengange (über 50), sehr selten am vorderen Schenkel des verticalen Bogenganges, etwas häufiger an den benachbarten Schenkeln der verticalen Bogengänge. Bei der letzterwähnten Localisation schliesst sich meist Gangrän der Dura mit Arachnitis oder Kleinhirnabscess an, deshalb ist deren Prognose sehr ungünstig. Die Diagnose kann sehr schwierig sein. Endlich glaubt J., dass in Fällen von negativem Befunde im Antrum und Warzenfortsatz, bei sonstigen Anzeichen von tiefem Eiterherde am Schläfebeine, man neben tiefem Hirnabscess auch an die Möglichkeit dieser Affection an der hinteren Felsenbeinwand in der Nähe des Porus acust. int. denken und solchen Fisteln in der medialen Antrumwand erhöhte Aufmerksamkeit schenken müsse.

II. Sitzung Sonnabend, den 20. Mai, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Kuhn (Strassburg).

12) Körner (Frankfurt a. M.): Die intracraniellen Complicationen der Felsenbeincaries im Kindesalter.

Trotz des Offenstehens der Fissura petroso-squamosa und des Hiatus subarcuatus sind extradurale otitische Abscesse bei Kindern selten. Auch die selbstständige, nicht durch Hirnabscess oder Sinus phlebitis entstandene otitische Leptomeningitis ist im ersten Decennium sehr selten, wie die Statistik und die Erfahrungen der Kinderärzte, insbesondere Henoch's beweisen. Die gegentheilige Angabe von Hessler beruht auf unrichtigen Voraussetzungen. Auch Kleinhirnabscesse sind im ersten Decennium besonders selten (Toynbee, Robin, Körner). Die Diagnose wird dadurch erschwert, dass Hirnabscesse und Sinusphlebitiden im Kindesalter häufig nur meningitisartige Symptome machen. Extradurale Abscesse unter dem Schläfelappen können ebenfalls, in Folge grösserer Reizbarkeit des kindlichen Gehirns, gekreuzte Lähmungen und Sprachstörungen machen und dadurch einen Abscess in der Hirnsubstanz vortäuschen, was bei Erwachsenen noch nicht beobachtet ist. Ferner ist die Verwechslung mit tuberculösen Erkrankungen des Hirns und der Hirnhäute leicht möglich, weil solche nach den Erfahrungen Henoch's bei Kindern mit Felsenbeincaries häufiger sind, als eitrige Meningitis und Hirnabscess. Bei zweifelhafter Diagnose ist die intracranielle Erkrankung vom primären Krankheitsherde im Schläfebeine aus aufzusuchen, was bei extraduralen Abscessen und Sinusphlebitis leicht gelingt. Sind diese Erkrankungen nicht vorhanden, so hat man bei Kindern unter 10 Jahren zunächst an das Wahrscheinlichste, an einen Abscess im Schläfelappen zu denken.

13) Kretschmann (Magdeburg): Beitrag zur Lehre vom otitischen Hirnabscess.

K. berichtet über zwei Fälle von Hirnabscess.

Der eine betrifft einen Mann, der seit Jahren an chronischer Eiterung leidet; Schmerzen, Fieber, zeitweise Delirien in der letzten Zeit, schliesslich soporöser Zustand, langsamer Puls, Ptosis und auch Stauungspapille

Digitized by Google

waren vorhanden. Anfangs wurde Pat. nicht untersucht, später aber wurden die Symptome festgestellt. Nach Eröffnung des Warzenfortsatzes und Ausräumung eines grossen Schläfelappenabscesses Drainage, fieberloser Verlauf; Heilung nach 13 Wochen.

Der zweite Fall betraf einen jungen Mann, der eine acute Mittelohreiterung acquirirte, die zu ausgedehnter Erweichung des Warzenfortsatzes führte; Zeichen von Hirnabscess fehlten gänzlich. Die Operation führt zur Abtragung des ganzen Warzenfortsatzes; es bleibt ein zweimarkstückgrosser Defect zurück; pyämisches Fieber. Tod nach 12 Tagen bei fehlenden Hirnerscheinungen; Section ergiebt einen 200 Gr. grossen Hirnabscess im Marklager der linken Hemisphäre, welcher nicht rupturirt ist; er liegt gerade 1 Ctm. über dem durch die Operation geschaffenen Knochendefect.

Auf Grund dieser beiden Fälle empfiehlt K., den von M. Schede angegebenen Weg zur Eröffnung der Schläfelappenabscesse einzuschlagen, von der Schädelbasis aus.

Discussion (zu Vortrag 12 und 13):

Vohsen (Frankfurt a. M.) erwähnt, auf dem Berliner Congress die gleichen Motive wie Kretschmann bezüglich der Eröffnung intracranieller Abscesse angeführt zu haben, nämlich von der oberen Gehörgangswand, resp. vom Tegmen tympani aus. Seitdem hat V. einen weiteren Fall operirt, der beweist, dass man bei schweren meningitischen Symptomen, oder bei solchen, welche auf ein intracranielles Leiden hindeuten, nicht energisch genug und je früher operativ einschreiten soll. V. hat Pat. bereits im comatösen Zustand operirt und bei ausgedehnter Abmeisselung der oberen Gehörgangswand den Abscess zwischen Dura und innerer Lamelle eröffnet, wobei sich etwa ein Kaffeelöffel Eiter entleerte. Pat. wurde geheilt.

Lucae (Berlin) erwähnt, einen ähnlichen Fall, wie Kretschmann's zweiter Fall war, beobachtet zu haben; in demselben bestand beiderseits Cholesteatom mit Abscess des Schläfelappens. Nach der Eröffnung des Hirnabscesses heilte schnell eine rechterseits bestandene vollständige Lähmung, wie auch die vollständige Aphasie, doch 8 Tage nach der Operation erfolgte in Folge von Meningitis der Exitus. — In einem anderen Falle, wo wegen Cholesteatom im Gehörgange Schwindel und Fieber bestanden, eröffnete L. den Warzenfortsatz und holte aus demselben eine kleine wallnussgrosse Cholesteatommasse heraus, wobei sich ein grosser Theil des Tegmen proc. mast. und auch die obere Wand des Gehörganges zerstört zeigten; der Erfolg des Eingriffes war blos ein vorübergehender. — L glaubt in künftigen Fällen die Eröffnung eines Schläfelappenabscesses ebenfalls vom Tegmen tympani aus vorzunehmen.

Körner bemerkt, schon ein Jahr früher als Vohsen die Eröffnung der Schläfelappenabscesse von der Operationsöffnung im Felsenbeine aus empfohlen zu haben. Inzwischen hat K. auf genanntem Wege einen extraduralen Abscess eröffnet und ist auch die betreffende Patientin seit 1½ Jahren geheilt. K. meint, dass sich dieser Weg auch deshalb empfiehlt, weil in der Nähe des kranken Knochen die Meningen mit dem Hirn oft verwachsen sind und dadurch auch die Gefahr einer Arachnitis verhindert wird.

Digitized by Google

Kretschmann erwidert auf die Bemerkung Lucae's, dass die Infection der Meningen zweifellos leichter erfolgt, wenn die Schädelkapsel lateralwärts geöffnet ist. Ist keine Verklebung der Hirnoberfläche mit den Häuten eingetreten, so kann sich der Abscess zwischen Hirn und Meningen verbreiten. Bei Rückenlage ist die Stelle am Tegmen der tiefste Punkt der mittleren Schädelgrube. — Zuerst operirte Schede von der Schädelbasis, als Gegenöffnung wählte diese Stelle Mac Ewen, dann hat noch E. Hoffmann in dieser Weise operirt, auf den Operationsweg haben hingewiesen: Vohsen, Körner.

Kessel (Jena) erwähnt, bei einem Pat., bei dem die Dura bloss lag, dieselbe mit kaltem Wasser angespritzt zu haben. Darauf stellten sich Schwindel, Erbrechen und starke Schweisssecretion ein, doch glaubt K., dass all' diese Symptome als reflectorische Erscheinungen von den sensiblen Nerven der Dura aus abzuleiten wären, und empfiehlt auch K., auf ähnliche Erscheinungen unter gleichen Ursachen zu achten.

Jansen (Berlin) bemerkt, dass für den Ohrenarzt die Frage entschieden wäre, den Schläfelappenabscess durch Entfernung des Tegmen tympani aufzusuchen, doch hält er auch in den meisten Fällen für nöthig, einen Theil der Schuppe zu entfernen. Bei guter Wunddrainage ist auch die Gefahr einer Arachnitis in Folge einer Incision nicht so gross. Wird die Dura durchtrennt, so besteht eine grosse Neigung der Hirnsubstanz, zu prolabiren. Endlich möchte J. vor zu eiliger Diagnose der diffusen eitrigen Arachnitis warnen, denn dieselbe kann sowohl bei dem extraduralen Abscess, wie auch bei Hirnabscess, bei eitriger Pachymeningitis circumscripta resp. Pachyleptomeningitis das Bild der diffusen Arachnitis vortäuschen. Bei Gangrän der Dura denke man daran, dass wohl zumeist intraduraler Eiter vorhanden ist, entweder als Pachymeningitis interna oder Arachnitis mit Hirnabscess, daher ist man auch häufig zu einer Incision genöthigt.

Eulenstein (Frankfurt a. M.) theilt im Anschlusse einen Fall von multiplen Abscessen mit, von denen 2 in der linken Grosshirnhämisphäre, 2 in der rechten und linkerseits ein ulcerirter Defect an der Unterfläche des Kleinhirns gesessen waren; es bestand auch noch ein Durchbruch in den linken Ventrikel. Der Fall schloss sich einer 14 Tage währenden, anscheinend ohne Complication verlaufenden Influenza-Otitis an. Es wurde blos eine Schädelsection vorgenommen, die keine Knochenerkrankung ergab. (Fortsetzung folgt.)

Merkwürdiger Fall von einem Fremdkörper in der Kieferhöhle, nebst Bemerkungen zur Therapie der sogen. Kieferhöhlenempyeme.

Von

Dr. med. **H. Eulenstein** in Frankfurt a. M.

Die durch starke äussere Gewalteinwirkungen in die Kieferhöhle eindringenden Fremdkörper, wie Knochensplitter, Kugeln, Granatsplitter, eingestossene Zähne kommen, wenn auch nicht gerade häufig, so doch

Digitized by Google

öfters zur Beobachtung, während die auf andere Weise in die Kieferhöhle gelangten Fremdkörper zu den seltensten Beobachtungen zählen. Ueber die durch die normale Oeffnung in die Kieferhöhle eingedrungenen Fremdkörper liegen Berichte vor von Bordenave und von Fortassin, und zwar handelte es sich dabei um „kleine, weisse Würmer" und um einen Spulwurm von 4 Zoll Länge. Bei hochgradig fehlerhafter Wachsthumsrichtung einzelner, besonders der letzten Backzähne, gegen die Kieferhöhle hin, werden diese als Fremdkörper unter Umständen gefunden. König erwähnt in seinem Lehrbuch, dass man erstaunen muss über die geringen Symptome, die zuweilen durch einen Fremdkörper in der Kieferhöhle herbeigeführt werden; er berichtet bei dieser Gelegenheit, dass ein Mann 42 Jahre lang eine 4 Ctm. lange Messerklinge, die nur eine zeitweise Entleerung von Blut und Eiter bedingte, in einer Kieferhöhle trug, und welche sich nach dieser Zeit durch die Nasenhöhle entfernte.

Albert erzählt von einem Fall, in dem eine Kugel in der Kieferhöhle lag, die man bei Bewegungen des Kopfes deutlich sich bewegen hörte, ohne dass sie dem Patienten Beschwerden verursacht hätte. Dass ein aseptischer Fremdkörper, wie es eine abgeschossene Kugel unter günstigen Umständen wohl sein kann, in der Kieferhöhle nur geringe Reactionserscheinungen macht, erscheint ja wohl heut zu Tage nicht allzu wunderbar.

Der von mir beobachtete Fall dürfte insofern einiges Interesse für sich in Anspruch nehmen, als es sich bei demselben um einen Fremdkörper handelte, der bei einer bereits seit langer Zeit bestehenden Eiterung der Kieferhöhle gelegentlich der zur Heilung dieser Eiterung vorgenommenen kleinen Operation erst in die Höhle gelangte, und der weiter, nach längerem Verweilen in derselben, durch die natürliche Ausgangsöffnung im mittleren Nasengang wieder entfernt wurde.

Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Patient, ein sonst gesunder Mann von 28 Jahren, der nie eine schwerere Erkrankung überstanden, consultirte mich zum ersten Male am 14. December 1888 wegen eines äusserst fötiden, massenhaften, eitrigen Ausflusses aus der linken Nasenhöhle, verbunden mit Eingenommenheit des Kopfes, die sich häufig zu wirklichen Kopfschmerzen steigerte. Die Eiterung bestand seit 10 Jahren; über die Entstehungsursache war dem Patienten Nichts bekannt. Vor einigen Jahren war ein kranker Zahn (welcher? war nicht zu eruiren, da verschiedene Lücken vorhanden waren und Patient sich nicht mehr erinnerte) entfernt worden, da von einem Collegen auf die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges der Naseneiterung mit dem kranken Zahne hingewiesen wurde. Patient unterzog sich nun einer Reihe verschiedener Kuren, theils localer, theils allgemeiner Natur, die alle ohne jeden Erfolg waren.

Die Untersuchung ergab das Vorhandensein einer reichlichen, höchst fötiden Eiterabsonderung aus der linken Nasenhöhle; im unteren Nasengang lag eine grosse Menge dieses Eiters, der augenscheinlich über die untere Muschel aus dem mittleren Nasengange herunterfloss. Nach Entfernung des vorhandenen Eiters durch Schnäuzen und Austupfen mit Verbandwatte, und nachdem Patient mehrere Minuten lang mit vornüber- und nach rechts geneigtem Kopfe verweilt hatte, zeigte sich deutlich ein

Digitized by Google

über die untere Muschel verlaufender, aus dem mittleren Nasengang stammender Eiterstreifen.

Die Diagnose auf eine aus der Kieferhöhle stammende Eiterung war bei diesem Befunde von vornherein sehr wahrscheinlich, doch suchte ich durch die von meinem damaligen Chef, Herrn Prof. Dr. M. Schmidt, nicht lange vorher angegebene Probepunction vom unteren Nasengange aus dieselbe sicher zu stellen. Dieselbe gelang trotz Aufbietung aller Kraft nicht. Da ich trotzdem die Eröffnung der Kieferhöhle für angezeigt hielt, proponirte ich dem Patienten dieselbe, doch konnte er sich zunächst nicht dazu entschliessen. Nachdem er sich mir im folgenden Jahre (1889) einige Male wieder vorgestellt und schliesslich die Nutzlosigkeit der inzwischen angestellten Nasenausspülungen eingesehen hatte, willigte er endlich in die Vornahme der Operation ein. Nachdem der zweite linke untere Backzahn entfernt war, wurde dieselbe am 27. Januar 1890 vorgenommen. Da ich den von mir zu diesem Zwecke gewöhnlich benutzten Drillbohrer zur Eröffnung von der Alveole aus nicht zur Verfügung hatte, entschloss ich mich, um den operationsscheuen Patienten nicht unverrichteter Sache ziehen zu lassen, oder gar durch Aufschub in seinem Entschlusse wankend zu machen, mit einem Troicart (Dicke des Schaftes 4 Mmtr.) von der Alveole aus in's Antrum einzudringen. Die vorliegende dicke Knochenschicht erforderte den Aufwand ziemlicher Gewalt. Wahrscheinlich hatte ich dabei eine unbeabsichtigte Hebelbewegung ausgeführt und die Güte des Instrumentes war eine fragliche, kurz, beim Zurückziehen desselben fehlte die Spitze; sie war bis zu ihrem Ansatz an den Schaft abgebrochen, doch hatte ich deutlich das Gefühl, dass die Knochenschicht durchbohrt war. Sofortiges Eingehen mit der Sonde liess erkennen, dass die Höhle eröffnet war, doch war bei der Sondirung ein kleiner Widerstand zu überwinden (wohl die abgebrochene Spitze, die durch die Sonde jetzt erst vollständig in die Höhle geschoben wurde). Es war nun wohl keine Frage, dass der Fremdkörper nur durch die Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus entfernt werden konnte. Ich machte darum nach Vollendung der Operation den Patienten darauf aufmerksam, dass zur völligen Beseitigung seines Leidens wohl noch ein weiterer Eingriff nöthig sein würde. Patient erklärte sich zur Vornahme eines solchen nur dann bereit, wenn die verordneten Durchspülungen eine Besserung nicht constatiren liessen. So war ich, wollte ich mich nicht unnöthiger (und, wie ich glaube, auch unschuldiger) Weise dem Patienten gegenüber blossstellen und denselben ausserdem noch in Angst versetzen, zunächst gezwungen, eine abwartende Stellung einzunehmen, die ich auch glaubte verantworten zu können, da ich mir vornahm, bei ausbleibender Besserung energisch auf die weitere Operation zu dringen, und weil ich hoffte, dass der aseptische Fremdkörper eine wesentliche Vermehrung des vorhandenen Reizes nicht abgeben würde; bei ausbleibendem Erfolge der längere Zeit fortgesetzten Durchspülungen, der dann wohl auf eine tiefergehende Erkrankung in der Höhle hinwies, würde die Eröffnung von der Fossa canina aus ja doch stattfinden müssen. Von diesen Ueberlegungen ausgehend, beschloss ich also für's Erste, abzuwarten Zur Offenhaltung des Operationscanals trug Patient eine Kautschukplatte mit Stift (ich habe mich in den letzten Jahren überzeugt, dass eine solche Vorrichtung fast immer entbehrlich

Digitized by Google

ist, soweit sie den Zweck der Offenhaltung des Canals verfolgt; um das eventuelle Eindringen von Speisetheilen zu verhüten, muss einer Abschlussvorrichtung ihre Berechtigung zugestanden werden.) Es wurden nun 3 Mal täglich Durchspülungen vorgenommen, vorerst mit Lösung von Kali hypermangan., später, nach Schwinden des Geruches, von Borsäure; schon nach einigen Durchspülungen, bei denen einige Male eingedickte, krümelige Eitermassen entleert wurden, verlor sich der üble Geruch, um nur hier und da, doch in weitaus geringerem Maasse, sich wieder zu zeigen. Patient besorgte schon nach ein paar Tagen die Durchspülungen selbst; sehr zufrieden, durch den kleinen Eingriff das ihm lästigste Symptom, den ekelhaften Geruch, beseitigt zu sehen, fasste er nun feste Hoffnung, von seinem von ihm als unheilbar angesehenen Leiden durch die consequent fortgesetzten Durchspülungen nach und nach geheilt zu werden, und wollte darum von einer weiteren Operation erst recht Nichts wissen; die Situation war für mich wenig befriedigend, da ich mir nun auch, neben dem Bewusstsein einer unschuldig acquirirten Schuld, die Lobsprüche des Patienten gefallen lassen musste. So verstrichen, nachdem auch die Eitermenge sich wesentlich vermindert hatte, mehrere Monate, während deren Patient nur in 3—4 wöchentlichen Pausen meine Sprechstunde aufsuchte. War nun auch eine unverkennbare Besserung eingetreten, die zwar den Patienten, nicht aber mich befriedigte, so hielt ich mich doch für verpflichtet, dem Patienten bei jeder Vorstellung wieder mein „ceterum censeo" eindringlich vorzustellen, doch vergebens.

Am 30. Mai kam Patient Morgens zu mir, um mir folgende höchst überraschende Mittheilung zu machen:

Nachdem in den letzten Tagen hier und da beim Durchspülen ein kurzer, stechender Schmerz in der l. Nasenhälfte aufgetreten war, wobei dann die Spülflüssigkeit trotz starken Druckes nur in geringer Menge durch die Nase abfloss, gelang am 29. Mai eine versuchte Durchspülung überhaupt nicht, sondern rief nur wieder den stechenden Schmerz in der Nasenhöhle hervor, der sich allmählig zu einem Druckgefühl abschwächte, das bis zum Abend anhielt, sich dann aber beim wiederholten Versuch einer Durchspülung wieder zum stechenden Schmerz steigerte. Als Pat. am nächsten Morgen, bevor er zu mir kam, nochmals den Versuch einer Durchspülung unter Anwendung starken Druckes machte, trat sofort wieder ein jetzt äusserst heftiger, stechender Schmerz im Naseninnern auf, der in Kürze schwand, als die Spülflüssigkeit in vollem Strome sich aus der Nase entleerte und gleichzeitig ein harter, spitzer Körper klirrend in das untergehaltene Gefäss fiel. Der mir sofort überbrachte Fremdkörper war nichts Anderes, als die fatale Troicartspitze. Nun vollzog sich die Heilung in kurzer Zeit, nachdem sich, wie Patient berichtete, einige Tage nach der Entfernung des Fremdkörpers noch einmal eine Menge krümeliger Eitermassen bei der Durchspülung entleert hatte. Die Oeffnung wurde noch 4 Wochen offen gehalten, danach der Stift entfernt.

Wie der Fremdkörper schliesslich durch die natürliche Oeffnung seinen Ausweg fand, darüber lassen sich nur Vermuthungen aufstellen; vielleicht hat sich die Höhle durch Granulations- resp. Bindegewebsbildung verkleinert, so dass der Fremdkörper dadurch der Oeffnung

Digitized by Google

näher gerückt wurde; vielleicht auch hatte der Druck der Spülflüssigkeit genügt, den Fremdkörper bis in und durch die Oeffnung zu treiben, was durch die dem Patienten anempfohlene Kopfhaltung nach der gesunden Seite und nach vorn erleichtert wurde.

Es handelte sich in diesem Falle also um eine sehr lange bestehende fötide Eiterabsonderung aus der Kieferhöhle, die durch einfache Durchspülungen zur Heilung gelangte; die letztere wäre sicher viel rascher erfolgt ohne die unglückliche Complication; wenn auch der Fremdkörper als aseptisch gelten konnte, so gelangte er in eine mit septischen, theilweise eingedickten Eitermassen erfüllte Höhle; dass sich insbesondere die letzteren den fremden Körper als Ansiedelungspunkt wählten, dürfte wohl ohne Frage anzunehmen sein, dadurch war es eben nicht möglich, so lange der Körper anwesend war, mit den Durchspülungen die Eitererreger vollständig zu entfernen, wodurch natürlich eine Verzögerung der Heilung eintreten musste.

Es dürfte wohl auch keine zu gewagte Annahme sein, die wenige Tage nach Entfernung des Fremdkörpers noch zu Tage geförderten eingedickten Massen als die demselben anhaftenden, beim Durchtritt durch die Oeffnung abgestreiften Eiterbestandtheile aufzufassen.

Ich halte es bei dem gegenwärtigen Stande der Kieferhöhlenempyemfrage, insbesondere soweit es die verschiedenen Operationsmethoden betrifft, für gerechtfertigt, noch einige kritische Bemerkungen bezüglich der letzteren beizufügen. Jedem, der einige Erfahrungen über die sog. Kieferhöhlenempyeme besitzt und der die diesbezügliche Literatur verfolgt, muss das Widersprechende in den Angaben über die verschiedenen von dem Einzelnen warm empfohlenen, von dem Anderen wieder verworfenen Operationsmethoden auffallen. Es hat mir immer den Eindruck gemacht, als ob hier noch etwas klar zu legen wäre, als ob bei den Anpreisungen dieser oder jener Operationsmethode oft kein klarer chirurgischer und pathologisch-anatomischer Standpunkt zu Grunde gelegt worden wäre. Ein solcher wurde erst durch die eben erschienenen classischen Abhandlungen Grünwald's: „Die Lehre von den Naseneiterungen etc." mit Bestimmtheit aufgestellt. Ich glaube, dass Grünwald Vielen aus der Seele gesprochen hat, die seinen Standpunkt schon lange theilten, aber in dieser bestimmten und chirurgisch klaren Weise ist derselbe meines Wissens von ihm zuerst dargelegt worden. Wer sich nicht von Anfang an ausschliesslich specialistischer Thätigkeit gewidmet hat, sondern auch Erfahrungen in den Mutterdisciplinen zu sammeln suchte, den müssen Grünwald's Ausführungen in jeder Zeile anheimeln als eine Variation eines allgemein anerkannten chirurgischen Thema's; ich bin weit entfernt, mit dieser Aeusserung die Verdienste des Autors herabwürdigen zu wollen, im Gegentheil glaube ich es dem „Columbus, der das Ei auf die Spitze zu setzen verstand", am besten zu meinen und vieler anderer, gleichdenkender Collegen Anerkennung zum Ausdruck zu bringen.

Der Fehler, der in der vorliegenden Frage so häufig gemacht wird, hat seinen Grund einzig und allein in der Diagnose: „Kieferhöhlenempyem". Das ist eben nicht die Diagnose einer Erkrankung im pathologisch-anatomischen Sinne, sondern es ist nur die Erkennung eines Symptoms, das ganz grundverschiedenen pathologischen Zuständen zukommt, die eben darum auch nicht über einen Kamm geschoren werden

Digitized by Google

dürfen. Wenn wir eine Jahre lang bestehende fötide Eiterung der Kieferhöhle, die ihren Grund in Anhäufung von Eitererregern in derselben mit Stagnation des Eiters hat, sei es nun, dass die Erreger durch die Nase oder durch Vermittelung eines kranken Zahnes ihren Weg dorthin gefunden haben, wenn wir eine solche Eiterung nach Extraction des Zahnes oder andernfalls nach einer der üblichen Methoden in Kürze heilen sehen, so dürfen wir noch lange nicht den Schluss ziehen, dass die eine oder andere Methode die einzig richtige ist, um Eiterungen der Kieferhöhle zu heilen; denn eine unter den ganz gleichen Symptomen verlaufende Eiterung hat ein ander Mal ihren Grund in tiefgreifenden ulcerös-necrotischen Processen der Schleimhaut (hier Periost), oder selbst des Knochens; dass wir eine solche nicht mit einfachen Durchspülungen oder Pulvereinblasungen heilen können, dürfte wohl über jeden Zweifel erhaben sein. Es empfiehlt sich darum meines Erachtens nicht, von vornherein dieser oder jener Methode principiell den Vorzug zu geben, sondern es muss sich unser therapeutisches Handeln von Fall zu Fall, je nach der Ursache der Eiterung, gestalten. Freilich ist dies nicht so einfach, da uns oft sichere Anhaltspunkte für eine stricte pathologisch-anatomische Diagnose, die in erster Linie unser chirurgisches Handeln leiten muss, fehlen. Wir müssen darum, wie ich glaube, in der Privatpraxis wenigstens, in dieser Frage einen mehr vermittelnden Standpunkt einnehmen, da wir bei der noch getheilten therapeutischen Anschauung, bei dem Vorschlag der Radicaloperation (Eröffnung von der Fossa canina aus) oft auf Widerstand Seitens der Patienten stossen, besonders wenn dieselben bereits mit der Kenntniss ihres Leidens zum Arzte kommen; da haben sie schon eine ganze Reihe von Leidensgenossen befragt, die mit Durchspülungen bald geheilt waren, oder sie haben gar von einem Arzte gehört, dass ihr Leiden durch einen kleinen Eingriff rasch zu heilen wäre. Ich pflege darum in Fällen, wo nicht deutlich ein cariöser Zahn als Ursache zu Grunde liegt, stets die Radicaloperation als die für alle Fälle chirurgisch richtigste zu empfehlen, verheimliche aber auch nicht, dass unter günstigen Umständen der einfachere Eingriff genügen kann, mit dem Hinweis, dass bei nicht in Bälde eintretender Besserung die Eröffnung von der Fossa canina aus nachträglich gemacht werden muss.

Das „chronische Empyem der Kieferhöhle“ hat ein Analogon in der „chronischen Paukenhöhleneiterung“, die ebensowenig wie das erstere eine stricte Diagnose bedeutet; wir können eine solche wohl auch einmal mit einigen, oft auch nur mit einer einzigen gründlichen Ausspülung und Borsäureeinblasung heilen, selbst bei starkem Fötor, während wir ein ander Mal durch die Entfernung von Granulationen, durch Auskratzung eines cariösen Herdes, Entfernung eines cariösen Gehörknöchelchens Heilung erzielen, wieder in anderen Fällen nur durch Vornahme eingreifenderer Operationen zum Ziele gelangen. Hier haben wir uns eben seit längerer Zeit gewöhnt, nicht das Symptom der Eiterung allein, sondern die Ursache derselben in das Bereich unserer Heilbestrebungen zu ziehen. Dass wir bezüglich der Kieferhöhleneiterungen bisher noch nicht allgemein auf gleichem Standpunkte stehen, lehrt ein Blick in die einschlägige Literatur.

Anhangsweise möchte ich noch erwähnen, dass ich den Eingangs

Digitized by Google

erwähnten Patienten am 1. Februar dieses Jahres nochmals zu untersuchen Gelegenheit hatte, wobei ich die dauernde Heilung desselben (nach fast 3 Jahren) constatiren konnte. Ich habe bei dieser Gelegenheit auch die Durchleuchtung vorgenommen, welche die erkrankt gewesene Seite als völlig dunkel erscheinen liess, obgleich eine Eiter- oder Flüssigkeitsansammlung in der Kieferhöhle bei dem Patienten, den ich 3 Jahre lang immer von Zeit zu Zeit untersuchte, jetzt sicher auszuschliessen war. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch einen weiteren Beitrag zu der diagnostischen Unzuverlässigkeit bei negativem Ausfall der Durchleuchtung kurz erwähnen. Es handelte sich um eine Eiterung aus der rechten Kieferhöhle, bei der ich im December 1889 die Eröffnung von der Fossa canina aus vornahm; letztere war erfüllt mit einer Menge schwammiger Granulationen, die eine Ausräumung der Höhle mittelst des scharfen Löffels nöthig machte; danach Jodoformgazetamponade. Der Tampon wurde nach 36 Stunden entfernt, ohne dass Blutung auftrat, die Höhle war ersichlich leer; die sofort vorgenommene Durchleuchtung ergab absolute Dunkelheit der betreffenden Seite.

Ueber Knochenblasenbildung in der Nase, nebst einem Falle von empyematöser Knochenblase.

Von

Dr. **S. Meyerson** in Warschau.

Knochenblasenbildungen in der Nase gehören zu den nicht allzu oft vorkommenden Geschwülsten, und sind die Publicationen über dieselben nicht sehr zahlreich. Nach dem Vorgange von Zuckerkandl[1]), der in seinem Werke eine Abbildung einer derartigen Blase bringt und zugleich bemerkt, dass dergleichen schon von Santorinus in seinen „Observationes anatomicae“ beschrieben worden ist, ist ein Fall von Glasmacher[2]) beobachtet worden. Später folgen die Beschreibungen von Bayer[3]) — 1 Fall, Schäffer[4]) — 4 Fälle, Schmiegelow[5]) — 4 Fälle und B. Fränkel[6]) — 1 Fall. Ich habe 5 Fälle beobachtet, dieselben waren einseitig und 2 Mal complicirt mit Schleimpolypen der Nase. Die Knochenblase bildet bekanntlich einen ovalen Tumor, bestehend aus einer circa 1 Mmtr. starken Knochenschale, welche aussen von normaler oder verdünnter, seltener von verdickter Schleimhaut überzogen ist, innen aber von einer sehr dünnen Membran ausgekleidet ist. Dieselbe war in einem von Schmiegelow microscopisch untersuchten Falle mit flimmerndem Cylinderepithel versehen. Die Knochenblasen nehmen ihren Ursprung von der mittleren Nasenmuschel, seltener von der oberen; in dem Falle von Bayer waren 2 Knochenblasen vorhanden, von denen eine aus der mittleren, die zweite aus der oberen ihren Ausgangspunkt hatte.

Was die Entstehung der Knochenblasen anbetrifft, so müssen wir dieselben mit Zuckerkandl und Glasmacher als eine Entwicklungs-Anomalie annehmen.

Digitized by Google

Die beiden oberen Muscheln sind Bestandtheile des Siebbeins, welches aus vielen lufthaltigen, mit Schleimhaut ausgekleideten Räumen besteht. Derartige kleine Höhlen können auch in den Muschelenden vorkommen und durch Wachsthum führen dieselben zur Bildung von grösseren Blasen, die mit dem Nasengange communiciren. An diesem Wachsthum sollen nach Schäffer entzündliche Vorgänge in der Nasenhöhle besonders ihren Antheil haben, indem durch öftere entzündliche Reize die schnellere Entwicklung der Knochenblasen begünstigt wird, und muss ich mich dieser Ansicht anschliessen, speciell aber glaube ich der Vereiterung der Knochenblase einen besonderen Einfluss auf ihr excessives Wachsthum zuschreiben zu müssen, denn nur in den 2 Fällen von Empyem der Knochenblase, dem Fränkel'schen und einem meiner Fälle, der näher beschrieben werden soll, haben die Geschwülste eine besondere Grösse erlangt.

Die Knochenblasen sind gewöhnlich leer (lufthaltig); so waren sie auch in den Fällen von Glasmacher, Schäffer, Schmiegelow und 3 von mir beobachteten, in einem Falle fand ich nach Eröffnung der Knochenblase zu meiner grössten Verwunderung in deren Innerem mehrere Schleimpolypen. In dem Falle von Bayer waren 2 multiloculare Blasen vorhanden, welche eine gelbliche Flüssigkeit enthielten, sie waren also in Folge von Verwachsung ihrer Communicationsöffnungen in Cysten verwandelt. Schliesslich war im Fränkel'schen und einem meiner Fälle der Inhalt eiterig.

Die Symptomatologie der Knochenblasen ist dieselbe, wie bei anderen Geschwülsten der Nasenhöhlen: Das mechanische Hinderniss ist proportionell zu ihrer Grösse und Ausdehnung und kann bis zu vollständiger Occlusion der Nasenhöhle führen; durch Verlegung der Riechspalte wird der Geruchssinn beeinträchtigt oder aufgehoben; durch Verlegung der Nebenhöhlenostia kann deren Empyem entstehen. Das excessive Wachsen des Tumors kann auch eine Verbiegung der Nasenscheidewand auf die gesunde Seite und deren Stenosirung bewirken, wie auch durch Druck die äussere knöcherne Wand und den Nasenrücken ausdehnen und so eine Entstellung der Nase hervorrufen. In dem Falle von Bayer kam es sogar zur Entstehung von Exophthalmus.

Dasselbe lässt sich auch von den Symptomen in den Nachbarorganen wie auch von den sogenannten Reflexneurosen sagen: Dieselben können bei dazu veranlagten Individuen ebenso wie in Folge von Nasenpolypen und Muschelhypertrophie, auch bei Knochenblasentumoren vorkommen. So beobachtete Glasmacher einseitigen Kopfschmerz und Alpdruck, Schäffer Migräne und Stirnkopfschmerz, in einem meiner Fälle war einseitiger Kopfschmerz und Alpdruck vorhanden.

Was das Geschlecht anbetrifft, prävalirt merkwürdiger Weise das weibliche. Sämmtliche Fälle aller vorhin erwähnten Autoren beziehen sich auf weibliche Patienten und von meinen 5 Fällen war nur einer männlich.

Einer dieser Fälle, welcher durch excessive Grösse und Complicationen besondere Aufmerksamkeit verdient, soll hier näher beschrieben werden:

M. D., Violinspieler, 22 Jahre alt, aus Brest, beklagt sich über Schnupfen und vollständige Verstopfung der linken Nasenhöhle, links-

Digitized by Google

seitige Kopfschmerzen und nächtliche Alpdruckanfälle. Patient erwacht deswegen mehrmals des Nachts in grösster Angst und verspürt ausserdem ein Gefühl von Trockenheit im Halse und der Mundhöhle. Die Krankheit besteht schon seit 10 Jahren, doch hat sich der Zustand in den letzten Jahren progressiv verschlimmert.

Das Secret aus der Nase ist copiös und eiterig. Patient von hohem Wuchs, mager und schlecht genährt. Beim ersten Anblick ist zu bemerken, dass die Nase ungewöhnlich breit ist, besonders im knöchernen Theile an der Basis, und ist der linke Nasenrücken ausgebaucht und prominent. Bei der Untersuchung der Nasenhöhlen findet man Folgendes: Rechte Nasenhöhle stark stenosirt in Folge von Ausbiegung des Septums, sowohl im knorpeligen als auch im knöchernen Theile, nach rechts; linke Nasenhöhle vollständig ausgefüllt mit Schleimpolypen, die bis an die äussere Nasenöffnung reichen. Die hintere Rhinoscopie zeigt die linke Choane vollständig verlegt durch einen kastaniengrossen Schleimpolypen, welcher zugleich $^2/_3$ des Nasenrachenraumes linkerseits ausfüllt. Der Polyp ist von grauer Farbe, durchscheinend, weich und beweglich. Die Untersuchung des Rachens, Kehlkopfes und der inneren Organe ergab nichts Bemerkenswerthes.

Nach Entfernung der in der vorderen Nasenpartie befindlichen Schleimpolypen mit der Schlinge stiess ich auf eine knochenharte, ovale, von Schleimhaut überdeckte Geschwulst, welche die ganze Nasenhöhle ausfüllte, indem sie sowohl das Septum, als auch die äussere Wand und den Boden der Nasenhöhle berührte; von Nasenmuscheln war Nichts zu sehen, die Geschwulst aber den Wänden der Nasenhöhle so fest anliegend, dass sogar eine dünne Sonde nicht eingeführt werden konnte. Der Tumor ist unbeweglich, die Luftpassage absolut aufgehoben. Ich hatte also eine grosse Knochenblase der mittleren Muschel vor mir, und geschah ihre Entfernung auf folgende Weise: Da die Einführung jedes noch so dünnen Instrumentes unmöglich war, wählte ich die galvanocaustische Schlinge, da nur noch ein feiner Draht zwischen Geschwulst und Nasenwand Platz hatte, umschnürte den vorderen Theil der Geschwulst soweit es eben ging und liess die Batterie wirken. Es wurde die Kuppe in der Grösse einer halben Kirsche abgeschnürt, und nun zeigte sich eine erbsengrosse Oeffnung, aus der ein Eitertropfen mit pulsirender Bewegung hervortrat. Die in die Oeffnung eingeführte Sonde ergab eine Höhle von 4 Ctm. Länge, welche mit Eiter ausgefüllt war. Nach Ausspülung des Eiters zeigte sich eine glattwandige, taubeneigrosse Höhle, deren Knochenschale ca. 1 Mmtr. dick war. Die Entfernung der Geschwulst geschah theilweise in mehreren Sitzungen mittelst Zange und Schlinge, wobei ziemlich heftige Blutungen störend waren, und erst nach vollständiger Ausräumung der Knochenblase kam der im hinteren Abschnitt sitzende kastaniengrosse Schleimpolyp zum Vorschein und wurde mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen.

Die linke Nasenhöhle zeigte sich nun sehr geräumig, die untere Muschel an die äussere Wand angepresst in der Gestalt eines flachen Saumes, gerade so, wie im vorgerückten Stadium der Rhinitis atrophicans. Aus dem mittleren Nasengange sickert eine eitrige Flüssigkeit hervor, die aus der Highmorshöhle stammt.

Digitized by Google

Nach beendigter Operation erfreute sich Patient wieder nach vielen Jahren eines freien Athmens und ruhigen Schlafes.

In diesem Falle ist zuerst die Grösse des Tumors und dann sein eitriger Inhalt bemerkenswerth. Die von den Autoren beschriebenen Fälle maassen alle von 2—2,5 Ctm. Länge, während der obige 4 Ctm. lang war; nur der Fall von Fränkel, wenn auch das Maass nicht näher angegeben ist, scheint sich der Grösse nach dem meinen anzureihen, da derselbe bis zur äusseren Nasenöffnung reichte. Ich bin geneigt, dem Empyem der Blase einen besonderen Einfluss auf das Wachsthum der Tumoren in diesen beiden Fällen zuzuschreiben, und glaube ich sowohl den mechanischen Druck des Eiters, als auch den entzündlichen Reiz hierin beschuldigen zu müssen.

Was den Ursprung der Eiterung anbetrifft, so war in meinem Falle zugleich ein Empyem der Highmorshöhle vorhanden; dasselbe ist in Folge von Verlegung des mittleren Nasenganges durch den Tumor entstanden, und da die Blase mit dem mittleren Nasengange communicirt, ist die Eiterung auf diesem Wege auch auf das Innere der Blase übergegangen.

Weiterhin ist auch die Complication mit besonders grossen und zahlreichen Schleimpolypen in diesem Falle bemerkenswerth. Aus der Reihe der vorhin citirten Autoren finden wir bei Schmiegelow „polypöse Degeneration der Muscheln", bei Schäffer nur in einem Falle Nasenpolypen, in den anderen Fällen ist diese Complication nicht angegeben. Von meinen 5 Fällen war ausser diesem noch einer mit Polypen complicirt und merkwürdiger Weise sassen dieselben im Inneren der Knochenblase.

Schliesslich möchte ich noch auf einen Umstand aufmerksam machen. Als sich Patient mehrere Monate nach beendigter Cur zur Revision vorstellte, bemerkte ich, dass die nach der Operation kaum angedeutete flache untere Nasenmuschel sich als halbrundes, gut entwickeltes Gebilde präsentirte, das den normalen Nasenmuscheln in nichts nachsteht. Das Schwellgewebe, gut entwickelt, liess sich mit der Sonde eindrücken. Da ein Jahre lang ausgeübter Druck an nichts Anderes als Atrophie denken lässt, und auch die Beschaffenheit der Muschel nach der Operation als solche imponirte und kaum als durch Druck entstandene Entleerung der Gefässe gedeutet werden könnte, so wäre hiermit der Schluss gerechtfertigt, dass die Schleimhaut der Nasenmuscheln resp. das Schwellgewebe derselben regenerationsfähig ist, ein Umstand, der die häufigen Recidive bei Behandlung der Hypertrophien der Nasenmuscheln genügend erklärt. Wir wissen, dass daselbst nach galvanocaustischer Entfernung hypertrophischer Nasenmuscheltheile öfters Recidive vorkommen, was eben durch Regenerationsfähigkeit des Schwellgewebes bedingt wird. Auf diesem Wege könnte man auch die meistens skeptisch aufgenommenen, von manchen Autoren erzielten Heilungen der Rhinitis atrophicans zu erklären suchen, indem nämlich zurückgebliebene Reste des Schwellgewebes in dazu geeigneten Fällen wieder entwicklungsfähig würden.

Digitized by Google

Literatur:

[1]) Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. 1882. Tafel II, Fig. 6 und 7.

[2]) Glasmacher: Knochenblasenbildung in der Nase. (Berliner klinische Wochenschrift No. 36, 1884.)

[3]) Bayer: Ueber Knochencysten der Nasenhöhle. Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. (Internat. Centralblatt für Laryngologie No. 5, 1885.)

[4]) Schäffer: Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. Wiesbaden 1885. Seite 11.

[5]) Schmiegelow: Knochenblasenbildungen in der Nasenhöhle. Det medicinske Selkabs Forhandlinger i Köbenhavn 1889. (Autoreferat im Internationalen Centralbl. f. Laryngol. No. 12, 1890.)

[6]) B. Fränkel: Knochenblase der mittleren Muscheln. (Verhandlungen der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin 1890. Bd. I, Seite 80.)

III. Referate.

a) Otologische:

IV. Jahresbericht aus Dr. Stetter's Ambulatorium und Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke vom 1. Januar 1892 bis 1. Januar 1893. Königsberg i. Pr.

I. Von 1540 Patienten litten an Krankheiten der Ohren 993, der Nase, des Rachens und Nasenrachenraumes 350, des Halses 197. Die Hauptmasse der Ohrenkranken stand im Alter bis zu 20 Jahren. Die behandelten Krankheitsformen werden tabellarisch vorgeführt.

Ein Fall von Atresia auris gab Veranlassung zu Betrachtungen über das Zustandekommen der Lateralisation beim Weber'schen Versuche. So lange die Verschlussmembran intact war, lateralisirte der Weber'sche Versuch für hohe und tiefe Stimmgabeln und für die Uhr sofort nach der kranken Seite. Nach Durchtrennung an der hinteren Peripherie wurde das Gehör sogleich merklich besser, die Stimmgabel wurde jetzt von der Mitte des Schädels nicht mehr so überwiegend stark auf der kranken Seite gehört, nach Excision der ganzen Membran wurde der Ton „in der Mitte" des Kopfes vernommen. Daraus schliesst St., dass die stärkere Erregung der Nervenendigungen auf der kranken Seite dadurch zu Stande kommt, dass die zwischen Trommelfell und Verschlussmembran eingeschlossene Luftsäule, zum Mitschwingen gebracht, als tonverstärkender Resonanzboden wirkt. Mach's Theorie von der Summation der hin- und rückläufigen Wellen könne zur Erklärung nicht ausreichen, da möglicherweise durch Interferenz Abschwächung oder gar Auslöschung des Tones eintreten könnte. Bestärkt wurde diese Annahme durch die Beobachtung, dass wenn in dem einen Ohre eines Patienten der ganze Gehörgang bis nahe an das Trommelfell, in dem anderen nur das Orificium externum mit Watte verstopft wurde, im letzteren der Ton viel stärker gehört wurde als im ersteren: ein Beweis, wie sehr das mitschwingende Luftquantum zur Aenderung der Tonstärke beiträgt.

Gesunde Granulationen wurden mit Alcohol, profuse und übelriechende Eiterungen durch tägliche Application von in 0,5 Lysol. pur.

Digitized by Google

und 10,0 Alcohol getränkten Wattetampons behandelt. Auch Otitis externa diffusa und circumscripta wurden so in kurzer Zeit geheilt. Granulationen, die nach 2tägiger Alcoholbehandlung nicht schrumpften und abblassten, wurden mit Arg. nitric. in Substanz touchirt.

Bei Periostitis mastoidea wurden Umschläge mit Lösungen von essigsaurer Thonerde angewendet, wenn nach 24 Stunden keine Besserung eintrat. Incision durch das Periost, 2 Mal Trepanation des Warzenfortsatzes gemacht, beide Male reichliche Mengen Eiters entleert, einmal dabei der Sinus verletzt, die Blutung durch Tamponade gestillt und der Patient geheilt.

II. Der Bericht über Nasen-, Nasenrachenraum- und Rachenkranke hat Dr. M. Laaser, Assistenten an der Klinik, zum Verfasser. Die Krankheitsformen weist wieder eine Tabelle aus. Den Deviationen des Septum narium und den eitrigen Rhinitiden wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Von ersterer werden 2 Fälle traumatischen Ursprungs besprochen. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt L. die Excision der Spina des Septum mit dem Messer, oder das Wegbrennen mit dem Galvanokauter. — Bei eitriger Nasenentzündung ist ausser der localen Behandlung des Herdes immer die Nasendouche (1 Liter 12 proctg. Creolinlösung) bei leicht nach vorn geneigtem Kopfe und geöffnetem Munde, ausserdem die directe Ausspülung der Nase von vorn und von den Choanen her, mit einiger Kraft, um die anhaftenden Borken zu lösen, applicirt worden. In letzter Zeit wurden Massage der Nasenschleimhaut und Auspinselungen des Nasenrachenraumes mit 20 procentigem Menthololivenöl angeschlossen.

Bei Erkrankungen der Highmorshöhle wird Werth gelegt auf regelmässige Eiterentleerung durch eine nach Extraction eines cariösen Zahnes hergestellte Oeffnung, Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung und Einstaubung von Jodoform, welches, wenn die Therapie gelingen soll, durch die äussere Nasenöffnung wieder herausgetrieben werden muss. — Bei der Operation adenoider Vegetationen führte das Lange'sche Ringmesser leicht und sicher zum gewünschten Erfolge, danach keine Tamponade, nur Gurgelungen mit Kali chloricum.

Nur wiederspenstige Kinder wurden in Narcose bei überhängendem Kopfe operirt.

III. Aus dem vom Privatdocenten Dr. Kafemann gegebenen Berichte über die Halskranken sei hervorgehoben, dass die chirurgische endolaryngeale Behandlung der Kehlkopfphthise bei Störung der Athmung und Phonation durch Granulationen und Epithelwucherungen mittels möglichst einfacher Curetten und Löffel mit oft auffallend gutem Resultate quoad functionem ausgeführt wurde, wenn der allgemeine Kräftezustand ein relativ günstiger war. Auch Milchsäure und Resorcin (80 pCt.) wurden mit gleich guter Wirkung angewendet. Menthol (20 pCt.) mit Ol. oliv. wurde als unentbehrlich mit jeder Behandlungsmethode combinirt. — Bei 5 Fällen von Phthise laryngée à forme sclereuse et végétante wurden Fränkel's, Scheinmann's und andere scharfe Polypenzangen verwendet. Die örtliche Behandlung wurde stets durch interne Darreichung hoher Dosen von Creosot unterstützt. — Bei chronischer Laryngitis, besonders pachydermischer Form, bewährte sich Naphtol. camphor. gegenüber dem Arg. nitric. — Endlich wird die directe Be-

Digitized by Google

handlung acuter Tracheïtiden und Bronchitiden mit Einspritzung von ätherischen Medicamenten (Menthol und Eucalyptol in Olivenöl) durch die Glottis hindurch den practischen Aerzten auf's Wärmste zur Anwendung empfohlen. Hitschmann.

b) Rhinologische:

Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Schnitzler an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Laryngo-rhinologische Mittheilungen von Dr. M. Hajek, Assistenten an obiger Abtheilung. (Sonder-Abdruck aus der „Internationalen klinischen Rundschau" No. 31—35, 38, 40—45, 47, 49—52, 1892.) (Schluss.)

Bursitis und diffuser Catarrh des Nasenrachenraumes.

Nach ausführlicher, im Originale einzusehender Besprechung der Verschiedenheiten im Baue der Pharynxtonsille (Verf. unterscheidet eine diffuse, glatte und eine geschwulstförmige Anordnung des adenoiden Gewebes) wird über die beobachteten Fälle von Entzündung derselben berichtet. Viermal wurde die typische Bursitis, wie sie Tornwaldt beschreibt, gesehen: in der Medianlinie ganz hinten am Fornix eingetrocknete Borken, nach deren Ablösung dicker, rahmartiger Eiter hervorquoll. In anderen 4 Fällen wurde die Krustenbildung mehr in der Mitte des Rachendaches beobachtet, zweimal gelangte man nach Ablösung der Kruste durch ein Loch in einen Kanal, der mit einer Erweiterung endete. Dass auch mitunter die Entzündung auf einen seitlichen Spalt der Pharynxtonsille beschränkt sein könne, beweisen zwei mitgetheilte Fälle.

In einem Fall sah H., dass auch an der seitlichen Partie der Pharynxtonsille canalförmige Gänge entstehen können. Tornwaldt's Lehre ist also dahin zu erweitern, dass auch eine circumscripte Entzündung der seitlichen Recessus der Pharynxtonsille alleinige Ursache einer Eiterung im Nasenrachenraum sein könne. Die Therapie bestand in Touchirungen mit Nitras argenti in Substanz, ausnahmsweise mit Chromsäure, meist in Galvanocauterisation und, wo eine greifbare Pharynxtonsille bestand, in deren Entfernung mit Gottstein's Messer.

Operation der Septumdeviationen.

In den letzten 3 Jahren wurden über 25 Fälle operirt, wo weder durch Verkleinerung der unteren Muschel, noch durch Entfernung einer gleichzeitig vorhandenen Spina Aussicht auf genügende Erweiterung der Nasenhöhle war. Bei circumscripter Vorwölbung des knorpeligen Theiles schneidet H. nach Schech die hervorragende Partie sammt der Schleimhaut heraus. Eine Deckung des Defectes durch Schleimhaut ist überflüssig. Nach Tamponade des resecirten Loches erfolgt Heilung in einigen Tagen. — Betrafen die Verkrümmungen den grössten Theil des cartilaginösen Septum mit Einschluss der angrenzenden Ränder der knöchernen Partien, so wurde zuerst die Nase durch schwache Creolinlösung desinficirt, die Choanen durch Jodoformgaze, welche mittelst eines beölten, sich der Verkrümmung besser anschmiegenden Nélaton-Catheters eingeführt wurde, tamponirt, um das durch herabfliessendes Blut ausgelöste Würgen zu verhindern, endlich durch 5 — 10 Minuten langes Einlegen von in 10procentigen Cocain getauchten Wattebäuschchen Anästhesie erzeugt. Hierauf wurde durch einen unteren, mehr horizontalen, einen

Digitized by Google

hinteren und einen vorderen, aufwärts gerichteten Schnitt, welche im Original eingehender beschrieben und abgebildet sind, nahezu der ganze knorpelige Theil des Septum in einen beweglichen, nur oben mit der senkrechten Siebbeinplatte verbundenen Lappen umgeformt, der bewegliche Knorpel in die gewünschte Lage gebracht und in dieser durch Einlegen von Jodoformgazestreifen festgehalten, welche alle 48 Stunden vorsichtig gewechselt wurden. Nach 14 Tagen ist Heilung eingetreten. Im Anschlusse daran werden einige specielle Fälle besprochen und in 5 Figuren illustrirt. — Die Idee, das Septum durch einen den ganzen Knorpel betreffenden Schnitt zu dislociren, stammt von Prof. Zuckerkandl, die beiden Schnitte nach oben hat H. angegeben. Die von Jurasz für die Resection des Septum angegebenen Instrumente sind auch für die besprochene Methode geeignet.

Nasensteine.

Von den 3 in den letzten 5 Jahren beobachteten Nasensteinen war einer 2,7 Ctm. lang, 2 Ctm. breit. Der linke Nasengang, in welchem der Stein lag, war durch diesen und massenhafte Granulationen ganz undurchgängig, auch im rechten Nasengange waren hinten Granulationen vorhanden, die Choane verlegend. Nach Extraction des Steines zeigte sich das Septum unmittelbar über dem Vomer an einer mehr als bohnengrossen Stelle durchbrochen, der Vomer selbst nach rechts verbogen, mit Granulationen bedeckt, welche zum Theil durch den Defect in die rechte Nase hindurchgewachsen waren.

Tuberculose der Nasenschleimhaut kommt in 2 Formen vor. Die erste Form, eine tuberculöse Granulationsgeschwulst, ist häufiger, sitzt nur am Septum cartilagineum und tritt primär oder neben geringfügigen anderen tuberculösen Symptomen auf. Erst nachdem sie das Septum durchwuchert und die Nasenhöhle grösstentheils mit Granulationen erfüllt hat, entstehen solche auch am vorderen Ende der Muschel und im Vestibulum. Die Perforation des Septum entsteht durch Substituirung des Knochens durch die Granulationen nur ausnahmsweise mit Sequestrirung kleiner Knorpelstücke, auch wenn sie auf den Knochen weiterschreitet, während die rasch fortschreitenden luetischen Zerstörungen oft mit grossen Necrosirungen einhergehen. Einmal entstand nach Auslöffelung der den grössten Theil des vorderen Abschnittes der Lamina perpendicularis durchwuchernden Granulationen eine Sattelnase, ein bisher seltener und von Mertens angezweifelter Befund.

Die zweite Form der Tuberculose bilden flache, granulationsarme Geschwüre am Septum, im Vestibulum und am vorderen Ende der mittleren Muschel. Sie entstehen nur secundär bei hochgradiger Lungentuberculose, zeichnen sich durch raschen Zerfall, flächenhafte Ausbreitung und Reichthum an Bacillen aus. Oft sitzen am Rande miliare Tuberkel.

Die Diagnose dieser Geschwüre ist leicht. Die der Granulationsgeschwulst beruht auf Ausschliessung von Lues, Fremdkörpern (Nasensteinen) und Neoplasmen. Vorhandensein anderer tuberculöser Stigmata wird die Diagnose bestärken, denn die histologische Untersuchung ergiebt nur neutrales Granulationsgewebe und nur nach sehr eingehender Untersuchung vereinzelte Riesenzellen, fast nie Tuberkel und Bacillen. Die therapeutischen Resultate mit Curettement und Milchsäure auch bei den sehr häufigen Residiven befriedigten durchaus.

Digitized by Google

Ulcus perforans septi nasi und habituelle Nasenblutung.

Nach kurzer Herzählung der dieses Thema erörternden Publicationen bespricht H. die Schwierigkeiten, über die ersten Anfänge der Geschwüre Aufschluss zu erlangen. Anamnestisch lässt sich eruiren, dass zumeist Nasenbluten in irgend einer Form vorangegangen ist. Da der häufigste Sitz der Nasenblutungen (vorderste Partie des cartilaginösen Septum) identisch mit dem des Ulcus perforans ist, scheint ein Causalnexus zu bestehen. Warum die blutende Stelle zumeist am knorpeligen Theile sitzt, erklärt sich Verf. folgendermaassen: Das Primäre ist eine sehr häufige circumscripte, mit Hypersecretion und Bildung einer Schleimkruste einhergehende Entzündung der Pars anterior des knorpeligen Septum. In Folge des auf die Schleimhaut ausgeübten Druckes der eingetrockneten Kruste ist der Reiz zur Entfernung derselben gegeben, wobei das Epithel immer mehr lädirt wird, bis endlich die Blutung entsteht. Die Ursache der circumscripten catarrhal. Entzündung ist der gerade an dieser Stelle zuerst aus der Inspirationsluft abgelagerte Staub, welcher, in die dort sichtbaren Oeffnungen der Schleimdrüsen eingedrungen, als mechanischer und oft als chemischer Entzündungserreger wirkt. Die einmal verletzte Stelle dürfte die Ansiedelung der Eiterung und Necrose erzeugenden Bacterien erleichtern. Bei manchen Berufsarten mag auch der Staub an den ihres Epithels, des natürlichen Schutzes beraubten Stellen eine directe chemische Verschorfung herbeiführen. Die nächsten Absätze beschäftigen sich mit den Theorien Bresgen's und Diettrich's und sind z. Th. polemischer Natur. Eine individuelle Disposition zur Acquisition des Ulc. perfor. mag durch die von Zuckerkandl beschriebene Xanthose der Schleimhaut, welche mit einer Ernährungsstörung der letzteren einhergeht, gegeben sein. Die Differentialdiagnose von kreisrunden Defecten nach tertiärer Lues ist oft recht schwer. Wo der Defect auf den Knochen übergreift, oder die Umrandung des Loches strahlige Narben zeigt, oder secundäre narbige Atrophie der Nasenschleimhaut vorhanden ist, ist die Diagnose „Syphilis“ sicher.

Das Empyem der Highmorshöhle.

Von den 29 beobachteten Fällen liessen sich als Ursachen eruiren: Affectionen der Nase, der Zähne, Trauma, Neoplasma. Die Fälle nasalen Ursprungs traten auf nach acuter Rhinitis, Influenza, intranasalen Operationen. In den meisten Fällen waren chronische Verdickungen, polypoide Wucherungen der Muschel und Polypen zu sehen. Diese können indirect Ursache des Empyems werden dadurch, dass ihre Gegenwart die Disposition zu acuten Rhinitiden und deren Fortpflanzung auf die Highmorshöhle steigert. Andererseits ist ein Theil der Schwellungen in der Nähe des Hiatus zweifellos Folgeerscheinung des Eiterabflusses. In den Fällen zweifellos dentalen Ursprungs liess sich immer durch Sondirung oder Eiterabfluss eine Communication des Antrum mit der Alveole oder einer periostalen Abscesshöhle nachweisen. Als traumatischen Ursprunges wurden die Fälle bezeichnet, in denen das Empyem nach Zahnextractionen entstanden war. Zweimal entstand Empyem nach Sarcom der Highmorshöhle resp. äusseren Oberkieferplatte. Als secundäres Empyem wurde eine Eiteransammlung bezeichnet, welche von der Stirnbeinhöhle nach erfolgter Canalisirung des Hiatus in die Highmorshöhle

Digitized by Google

gelangte. Allen Fällen war die vermehrte Secretion aus Nase und Rachen gemeinsam. Nur 5 Mal floss der Eiter bei vornübergeneigtem Kopfe, 10 Mal grösstentheils durch die Choanen, 1 Mal durch die gesunde Nasenseite ab. Subjective Symptome sind für die Diagnose werthlos.

Der Beginn nach Influenza, Periostitis, Rhinitis oder Trauma war acut, andere Fälle begannen schleichend. Eine 3 Mal beobachtete Form, welche sich durch schleimiges Secret, welches jedes Mal bei Acquisition eines acuten Schnupfens rein eitrig und abundant wurde, characterisirte, bezeichnet H. als „chronisch-recidivirendes Empyem". Die Sondirung gelang 16 Mal, 6 Mal erst nach Ausräumung aller Hypertrophien im mittleren Nasengange, in den übrigen Fällen war sie durch Anomalien unmöglich. Die Probeausspülung stellt die Diagnose sicher und macht die Probepunction überflüssig, klärt aber nicht sicher über die Beschaffenheit des Secretes auf, da oft dickere Massen die Oeffnung nicht passiren können. Die Probepunction wurde 12 Mal, 9 Mal durch den unteren, 3 Mal durch den membranösen Theil des mittleren Nasenganges gemacht. Die Durchleuchtung der Kieferhöhle hält H. für eine untergeordnete, unzuverlässige und gänzlich entbehrliche Methode.

Therapeutische Ausspülungen wurden 1 Mal durch eine natürliche Oeffnung, sonst immer nach künstlicher Eröffnung vom cariösen Zahne, unteren Nasengang oder der Fossa canina aus gemacht. Zur Operation und Nachbehandlung von der Alveole aus wurden meist ein von H. eigens construirter Bohrer, eine Canüle und zugehöriger Conductor benutzt, welche im Original beschrieben und abgebildet sind. Von 20 reinen Empyemen heilten 12, 8 Patienten blieben nach und nach aus der Behandlung weg. Im Folgenden detaillirt Verf. die Behandlungsmethoden und deren Resultate. Das Princip der Behandlung ist: Breite Eröffnung der Kieferhöhle von einer Alveole oder von der Fossa canina aus in Ermangelung eines cariösen Zahnes. Nachbehandlung: Ausspülung mit Antisepticis, Insufflation von Jodoform oder Jodoformgazetamponade.

Das chronische Empyem der Stirnhöhle

kann ohne oder mit ganz geringen Beschwerden verlaufen. 5 Fälle waren uncomplicirt, 7 mit Empyemen anderer Nebenhöhlen combinirt. In allen Fällen bestanden Symptome eines chronisch-hypertrophischen Catarrhs in der Nase. Da die subjectiven Symptome zu wenig characteristisch sind, ist zur Diagnose die Sondirung oder die directe Beobachtung des Herabfliessens des Eiters aus der vordersten und obersten Partie des Hiatus semilunaris erforderlich. Die Sondirung der Stirnhöhle gelang 11 Mal erst nach Abtragung der mittleren Muschel und Ausräumung der Hypertrophien und Polypen im mittleren Nasengange. Die Ausspülung gelang immer. Die Therapie bestand in Freimachung der Ausflussöffnung durch Ausräumung des mittleren Nasenganges, wonach in 2 Fällen die Stirnhöhleneiterung spontan aufhörte, sonst in täglicher Ausspülung mit 3procentiger Borsäure, in 2 Fällen mit Injection von 5—10procentiger Lapislösung. Die Krankengeschichte eines Falles lehrt, dass, wenn bei Stirnhöhlenempyem der Abfluss im mittleren Nasengange gehemmt ist, secundäres Empyem des Antrum Highmori entstehen und die Diagnose eines solchen combinirten Falles erst nach Entfernung der Wucherungen gestellt werden kann.

Digitized by Google

Das Empyem des Siebbeines.

Beobachtet wurden 4 mit Empyemen anderer Nebenhöhlen combinirte und 2 uncomplicirte Siebbeinhöhlenempyeme. Die Befunde an der mittleren Nasenmuschel und dem mittleren Nasengange sämmtlicher 6 Fälle und deren Heilungsverlauf sind ausführlich mitgetheilt. Der causale Zusammenhang zwischen der Bildung von Polypen und Hypertrophien und dem Zustandekommen des Empyems dürfte der sein, dass beide das gemeinschaftliche Resultat der chronisch-catarrhalischen Entzündung im mittleren Nasengange sind. Im entschiedenen Gegensatze zu Woaks und Grünwald leugnet H. die Häufigkeit von necrosirender Ethmoïditis bei Polypen im mittleren Nasengange und glaubt, das Gefühl necrotischen Knochens bei der Sondenuntersuchung beruhe auf Selbsttäuschung oder darauf, dass mit dem Polypen ein Stück Schleimhaut abgerissen und hier der Knochen blossgelegt wurde. Auch Zuckerkandl hat nie Necrose des Siebbeines bei Polypen gesehen.

Nach Wiedergabe der Krankengeschichten von 4 Fällen von Empyem der Keilbeinhöhle wendet sich Verf. zur Differentialdiagnose der Höhlenempyeme und combinirten Empyeme.

Die von Schäffer als für die einzelnen Empyeme characteristisch angegebenen subjectiven Symptome sind nicht verlässlich genug, sondern nur der objective Befund. Die Besprechung eines Falles von combinirtem Empyem bietet Gelegenheit zur Erörterung der Differentialdiagnose. Besteht z. B. eitriger Ausfluss aus der Nase, so muss man zuerst constatiren, event. nach Entfernung verhandener Polypen etc., wo der Eiter erscheint. Im mittleren Nasengang kann er von der Kiefer-, Stirnhöhle oder den Siebbeinzellen hergekommen sein. Nur wenn man den Eiter im Hiatus selbst erscheinen sieht, darf man, wenn dies an der vorderen Partie geschieht, auf Stirnhöhlen-, wenn an der hinteren Partie: auf Kieferhöhlenempyem schliessen. Am sichersten geht man mit der Sondirung, Probeausspülung oder Punction, zunächst der Kieferhöhle. Fällt sie positiv aus, so behandelt man zuerst das Kieferhöhlenempyem. Hält trotzdem der Eiterausfluss aus der Nase an, so muss er noch eine andere Quelle haben: in den Siebbeinzellen oder der Stirnhöhle. Durch Entfernung der Hindernisse verschafft man sich die Möglichkeit der Sondirung der Stirnhöhle und somit die Entscheidung, woher der Eiter stammt. Die Erkennung combinirter Empyeme erfordert also meist Wochen. — Das Empyem der Kieferhöhle unterscheidet sich von den früheren dadurch, dass der Eiter entweder am Riechspalt hervorfliesst, oder über das hintere Ende der mittleren Muschel in den Nasenrachenraum fliesst, oder am Rachendach Borken bildet. Sieht man die vordere Wand der Keilbeinhöhle nach Beseitigung der hinderlichen Partien der mittleren Muschel normal, so kann der Ursprung der Eiterung nur noch in den hinteren Siebbeinzellen liegen. Hitschmann.

Ueber das Minimum von Empfinden einiger Gerüche. (Du minimum perceptible de quelques odeurs.) Von Dr. Jacques Passy. (Société de biologie, séance du 30 Janvier 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Verf. wendet ein ganz einfaches Verfahren an: In einer Flasche von einem bestimmten Inhalt thut er einen Tropfen einer titrirten Lösung.

Digitized by Google

Seine Zahlen stimmen ganz mit den früher von Valentin veröffentlichten überein, sind dagegen 12000 Mal schwächer als diejenigen, welche Ch. Henry mittelst seines Olfactometer gefunden hat. Dr. P. K.

Vorhandensein von Riesenzellen in adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Note sur la présence de cellules géantes dans les végétations adénoides du pharynx.) Von Dr. Pilliet. (Bulletin de société anatomique de Paris, März 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Chatellier, Cuvillier, Luc, Dubief und Cornil haben sich schon mit dem Gegenstande beschäftigt. Verf. fand bei 10 Individuen dreimal Riesenzellen. Dieser Befund verdient Beachtung, wenn man bedenkt, dass Barth schon auf die Schwierigkeit, adenoide Vegetationen von tuberculösen Granulationen zu unterscheiden, aufmerksam macht.

Dr. P. K.

---

2 Fälle von Anosmie nach intranasalen Operationen. Heilung durch fortgesetztes faradisches und continuirliches Electrisiren der Nasenschleimhaut. (Deux cas d'anosmie consécutifs à des opérations intranasales. Guérison par l'électrisation continue et faradique de la muqueuse nasale.) Von Dr. Luc. (France médicale et Paris médical, Januar 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Die zwei Fälle waren sich ganz ähnlich. Verf. weiss nicht, ob er die Anosmie dem Cocain oder der Operation zuschreiben soll; am wahrscheinlichsten scheint ihm die Einwirkung des Trauma auf das Geruchscentrum. Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Bemerkungen über den Zungenkrebs nebst seinen Symptomen. (Note sur un cancer de la langue à signes insolites.) Von Dr. Trekaki und Dr. Lenormand. (Gazette des hôpitaux, 17. März 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1892.)

Ein 50jähriger Mann hatte früher Syphilis. Eine sich entwickelnde Zungengeschwulst wich der antisyphilitischen Behandlung nicht. Kein Schmerz, kein gestörtes Allgemeinbefinden; dreimal halfen Quecksilber und Jodkalium nicht. Später kamen erst alle Symptome des Krebses: Tod unter den gewöhnlichen Krebssymptomen. Vielleicht könnte man hier, wie früher Verneuil angedeutet hat, es mit einem Gemisch von Syphilis und Carcinom zu thun haben. Dr. P. K.

Erysipelas ungewöhnlicher Weise mit intensiver Glossitis beginnend. Heilung. (Érysipèle à début insolite caractérisé par une glossite interne. Guérison.) Von Dr. Rendu. (France médicale, Paris médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1892.)

Eintritt des Streptococcus in's Blut durch am Munde sich befindende syphilitische Geschwüre, ungeheure Glossitis erysipelatösen Ursprunges, normaler Verlauf, später Gesichtserysipel. Dr. P. K.

Digitized by Google

Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen als Begleiterscheinung der Influenza. Von Dr. Max Thorner in Cincinnati. (New-Yorker med. Monatsschrift, Februar 1892.)

Wenn auch im Allgemeinen Soor fast nur bei ganz kleinen, seltener bei älteren Kindern beobachtet wird, so sind dennoch Fälle bekannt, in denen er im Verlaufe erschöpfender Erkrankungen bei Erwachsenen auftrat. Ein solcher ist der vom Verf. beschriebene, welcher sich bei einem 17jährigen jungen Mann an eine schwere Influenza anschloss. Besonderes Interesse erregt das Weitergreifen des Processes von den Tonsillen und dem Pharynx auf die Schleimhaut des Nasenrachenraumes und der Nase. Der Fall ging in Heilung aus. Verf. gelangt auf Grund seiner Beobachtung zu zwei Schlüssen, einmal bezweifelt er, dass der Soor der Erwachsenen immer ein prognostisch schlechtes Zeichen sei, wie die meisten Autoren wollen, und zweitens behauptet er, dass er sich ebensowohl auf Flimmer- als auf Pflasterepithel lokalisiren könne.

Dr. Lieven, Aachen.

Ein Fall von hysterischem Stummsein. (Un cas de mutisme hystérique.) Von Dr. Marcel Natier. (France médicale, Paris médical, März 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Eine 35jährige Frau, hysterisch, dem Trunke ergeben, aus neuropathischer Familie stammend, wurde zweimal plötzlich stumm und heilte beide Male in Folge eines Zornanfalles. Jetzt seit 3 Wochen stumm, das Laryngoscop zeigt totale Abduction mit Unbeweglichkeit der Stimmbänder; durch Strychnin und Recurrensreizung, durch Electricität kommt die Beweglichkeit nach innen, also die Adduction zurück, die Apsithyrie aber bestand fort. Am 59. Tage kommt nach einer heftigen Gemüthsbewegung die Stimme zurück. Dr. P. K.

Beitrag zur Stimmveränderung, hervorgebracht durch Einathmen von Aqua laurocerasi und Cyankalium. (Note sur les altérations de la voix produites par les inhalations d'eau de laurier-cerise et de cyanure de potassium.) Von Dr. Sandras. (Société de médecine pratique, Februar 1892 und Bulletin et mémoires de la société méd. prat., März 1892, Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Das Einathmen obiger Substanzen bringt Verminderung der Stärke und Ausdehnung der Stimme, welcher Verlust sich bis zur totalen Aphonie steigern kann. Diesem Factum kann man die Erfahrung anreihen, dass der Duft der Blumen die Stimme der Sänger verdirbt. Dr. P. K.

Larynxerscheinungen bei Abtreibung von Ascaris lumbricoides. (Accidents laryngés dus à l'expulsion des lombrics.) Von Dr. Louis Divet. (Gazette hebdomadaire, Januar 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Ein Kind bekam des Nachts plötzlich Erstickungsanfälle mit Crouphusten, Cyanose, Erstickungsgefahr; man wollte die Tracheotomie ausführen, dann aber kam ein Brechanfall, bei dem zwei grosse Spülwürmer entleert wurden. Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber einen Fall von Laryngitis stridulosa, durch Larynxdilatation geheilt. (Sur un cas de laryngite striduleuse guérie par la dilatation forcée du larynx.) Von Dr. Constantin Paul. (Bulletin général de thérapeutique, Januar 1892.)

Ueber Larynxdilatation bei Laryngitis stridulosa. (De la dilatation du larynx dans la laryngite striduleuse.) Von Dr. Constantin Paul. (Société de thérapeutique, séance du 10 Février 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Von der Idee ausgehend, dass die paroxysmenartige Dyspnoe bei Croup theilweise auf Spasmus beruht, hat Verf, dem Beispiele Renon's folgend, den Larynx gewaltsam mit dem dreiarmigen Dilatatorium von Laborde geöffnet, gerade ebenso, wie man den Anus bei Spasmus gewaltsam öffnet. Bei einem 14monatlichen Kinde gelang es, die Dyspnoe, welche so stark war, dass man an Tracheotomie dachte, mit Erfolg zu bekämpfen. In einem zweiten, ebenso eclatanten Fall von Laryngismus stridulus gelang es, die Anfälle dauernd zu bekämpfen. Dr. P. K.

Ueber die Behandlung einiger nichttuberculösen Formen von Laryngitis chronica mittelst Camphornaphtol mit oder ohne Auskratzung. (Du traitement des certaines formes de laryngite chronique non tuberculeuse par l'emploi local de naphtol camphré, associé on non au grattage on au curetage.) Von Dr. P. Tissier. (Annales de médecine, Februar 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Besonders von Erfolg, wenn das Epithel angegriffen ist, minder schmerzhaft als Höllenstein und Milchsäure, genügt es, zweimal wöchentlich dasselbe zu gebrauchen; es ist besser, als Camphor-Salol; zeigt die Mucosa Pachydermie, so muss man vorher auskratzen. Dr. P. K.

Ueber frühzeitige Tracheotomie bei Croup. (De la trachéotomie hâtive dans le croup.) Von Dr. F. Castelain. (Bulletin médical du Nord No. 6, 1892.)

Gestützt auf eine Serie von 12 nacheinander operirten Fällen, von welchen 10 genasen (welche 12 Fälle frühzeitig und bei noch nicht sehr ausgeprägtem Allgemeinleiden operirt worden waren), kommt Verf. zu dem Schluss, dass man nicht nach dem Rathe von Bouchut bei schon eingetretener, durch gehinderte Sauerstoffzufuhr bedingter Hautanästhesie erst operiren soll, sondern dass bei gutem Allgemeinbefinden mit erloschener Stimme, mit klanglosem Husten, mit Erstickungsanfällen, mit continuirlichem Pfeifen und Aufhören des vesiculären Athmens die Operation ausgeführt werden soll. Stimme und Husten sind oft gar nicht erloschen, Erstickungsanfälle fehlen oft und dennoch muss man operiren; am meisten Gewicht muss man auf das Laryngealpfeifen und das Verschwinden des vesiculären Lungenathmens legen. Die unmittelbaren Folgen der Operation, namentlich der plötzliche Tod durch Ohnmacht und Erstickung sind auch viel seltener bei frühzeitig ausgeführter Operation. Es ist auch als wahrscheinlich anzunehmen, dass die nach der Operation durch ein sauerstoffreicheres Blut genährten Gewebe der Invasion der Microben besseren Widerstand leisten und dass also durch eine frühzeitig ausgeführte Tracheotomie nicht nur symptomatisch, sondern

Digitized by Google

auch curativ gewirkt wird. Man soll kein Thermocauter und kein Galvanocauter, sondern das Messer anwenden. Von den zwei von den französischen Chirurgen angegebenen, nämlich von der langsamen und der schnellen Methode hat jede ihre Vor- und Nachtheile; der Mittelweg ist der beste. Man thut am besten, auf der Höhe der Cartilago cricoidea eine kleine Horizontale und auf deren Mitte eine genau die Mittellinie des Halses einhaltende Verticale zu zeichnen: dann fällt man sicher immer auf die Trachea. Das unbequeme Dilatatorium wird durch die neuen, ausgezeichneten Krishaber'schen Canülen entbehrlich und die Operation wird so sehr erleichtert. Dr. P. K.

Oesophagusepithelioma. Secundäre Knoten im Diaphragma, dem Myocardium und den Knochen. Intacte Lungen. Spontane Fractur beiderseits in der Höhe der zwei Epithelialknoten. Uebergreifen auf das Sternum; Bildung eines subcutanen Abscesses mit Perforation desselben, gashaltige Phlegmone. (Epithelioma de l'oesophage. Noyaux secondaires dans le diaphragme, le myocarde et les os. Intégrité du parenchyme pulmonaire; fracture spontanée des deux côtés au niveau des deux bourgeaus épithéliomateux. Propagation au sternum; formation d'un abcès souscutané; perforation de cet abcès. Phlegmon gazeux.) Von Dr. Dupasquier. (Bulletin de la société anatomique de Paris, März 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Auffallend war in diesem Falle das Fehlen der Ganglienschwellung oberhalb der Clavicula und in der Achselhöhle. Pharynx und Larynx frei. Trachea von einem kleinen Tumor eingenommen. Gar keine Dyspnoe. Dr. P. K.

Drei Fälle von Fremdkörper im Darmtractus. (Trois cas de corps étrangers dans le tube digestif.) Von Dr. Silver. (New-York med. Journal, Décembre 1891 und Revue de laryngol. et otologie No. 17, 1892.)

Ein 3jähriges Kind verschluckte eine Stecknadel. Exclusive Kartoffelnahrung. Nach 2 Tagen wurde eine 3 Zoll lange, mit einem halben Zoll langen Kopf versehene und von einer dicken breiigen Masse umgebene Stecknadel per anum entleert. Des Nachts vor der Entleerung bestand Schmerz in der rechten Fossa iliaca.

Eine 18jährige Patientin verschluckte ihr falsches Gebiss; leichter Schmerz beim Schlucken. Exclusive Kartoffelnahrung und sehr wenig Trinken. Nach 36 Stunden Entleerung per anum ohne Schmerzen.

Ein Bedienter verschluckte sein falsches Gebiss, welches im oberen Drittel des Oesophagus stecken blieb. Es konnte nicht weiter befördert werden. Gastrotomie, ohne den Fremdkörper zu finden. Patient heilte und verliess das Spital. Man glaubte mit einem Hypochonder zu thun zu haben. Schlingbeschwerden nahmen zu. Zweite Gastrotomie, ohne den Fremdkörper zu finden. Später wurde noch einmal die Pylorotomie in New-York ausgeführt, ohne das Corpus delicti zu finden. Tod an Phthise. Die Section ergab den eingeklemmten Fremdkörper im unteren Drittel der Speiseröhre. Referent (Dr. Charazac) sagt mit Recht, man wisse nicht, ob man eher die Geduld des Patienten, welcher sich 3 Mal ohne Erfolg den Leib aufschneiden lässt, oder die Operirwuth

Digitized by Google

des Arztes, welcher bei der durch die Sonde festgestellten Gegenwart des Fremdkörpers im Oesophagus dennoch operirte, bewundern soll.

Dr. P. K.

Allgemeine Anästhesie mittelst Bromäthyl und seine Anwendungsweise. (De l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle et de ses applications.) Von Dr. Lubet-Barbon. (Archives internat. de laryngol. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Es hat nicht die Nachtheile des Chloroforms und des Cocains und ist besonders bei unbändigen Kindern, welche ein gewisses Alter erreicht haben, anzuwenden. Zuerst von M. Schmidt ohne das geringste unangenehme Ereigniss angewandt, kommt das Medicament erst in letzterer Zeit in Frankreich in Gebrauch: Lubet-Barbon hat dasselbe in 500 Fällen ohne den geringsten Zufall mit Erfolg angewandt. Verf. giebt nun die bekannte Anwendungsweise.

Dr. P. K.

Notiz.

Unser geehrter Mitarbeiter Herr Dr. Johann Sendziak in Warschau erhielt für seine Arbeit: „Des tumeurs malignes du Larynx et de leurs treitement" von der Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse, welche das genannte Thema 1892 als internationale Preisaufgabe bestimmt hatte, den ersten Preis, bestehend in einer goldenen Medaille und 1000 Francs in Geld.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (Fortsetzung). — Szenes: Bericht über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893) (Fortsetzung). — Eulenstein: Merkwürdiger Fall von einem Fremdkörper in der Kieferhöhle, nebst Bemerkungen zur Therapie der sog. Kieferhöhlenempyeme. — Meyerson: Ueber Knochenblasenbildung in der Nase, nebst einem Falle von empyematöser Knochenblase. — II. Referate: a) Otologische: IV. Jahresbericht aus Dr. Stetter's Ambulatorium und Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke. — b) Rhinologische: Hajek: Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Schnitzler an der allgemeinen Poliklinik in Wien (Schluss). — Passy: Ueber das Minimum von Empfinden einiger Gerüche. — Pilliet: Vorhandensein von Riesenzellen in adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Luc: Zwei Fälle von Anosmie nach intranasalen Operationen. Heilung durch fortgesetztes faradisches und continuirliches Electrisiren der Nasenschleimhaut. — c) Pharyngo-laryngologische: Trekaki und Lenormand: Bemerkungen über den Zungenkrebs nebst seinen Symptomen. — Rendu: Erysipelas ungewöhnlicher Weise mit intensiver Glossitis beginnend. Heilung. — Thorner: Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen als Begleiterscheinung der Influenza. — Natier: Ein Fall von hysterischem Stummsein. — Sandras: Beitrag zur Stimmveränderung, hervorgebracht durch Einathmen von Aqua lauroceras und Cyankalium. — Divet: Larynxerscheinungen bei Abtreibung von Ascaris lumbricoides. — Paul: Ueber einen Fall von Laryngitis stridulosa, durch Larynxdilatation geheilt. — Paul: Ueber Larynxdilatation bei Laryngitis stridulosa. — Tissier: Ueber die Behandlung einiger nichttuberculösen Formen von Laryngitis chronica mittelst Camphornaphtol mit oder ohne Auskratzung. — Castelain: Ueber frühzeitige Tracheotomie bei Croup. — Dupasquier: Oesophagusepithelioma. Secundäre Knoten im Diaphragma, dem Myocardium und den Knochen. Intacte Lungen. Spontane Fractur beiderseits in der Höhe der zwei Epithelialknoten. Uebergreifen auf das Sternum; Bildung eines subcutanen Abscesses mit Perforation desselben; gashaltige Phlegmone. — Silver: Drei Fälle von Fremdkörper im Darmtractus. — Lubet-Barbon: Allgemeine Anästhesie mittelst Bromäthyl und seine Anwendungsweise. — Notiz.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. Berlin, August 1893. No. 8.

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen*).

Von

Dr. **B. Gomperz**

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität.

(Fortsetzung zu No. 7, 1893).

XXXV. F. R., 23 Jahre, Tänzer, litt vor 4 Jahren an Stechen in beiden Ohren; seitdem besteht ab und zu Schwerhörigkeit. Rechts eingedickter Eiter oben am Trommelfell, nach der Reinigung sieht man das Trommelfell sehr retrahirt, über dem Proc. brevis kommen Granulationen hervor. Uhr 20 Ctm., nach der Luftdouche 31 Ctm. Links: Hinten oben eine Narbe als Residuum einer abgelaufenen Entzündung. Uhr 14 Ctm., nach der Luftdouche 20 Ctm. Patient liess sich nicht weiter behandeln.

XXXVI. und XXXVII. Mathilde G., 17 Jahre, leidet seit Kindheit an beiderseitigem eitrigen Ohrenflusse. Seit 3 Tagen kommt auch

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

Digitized by Google

Blut. Stat. praes. am 4. Juni 1891: Im Gehörgange beiderseits blutiger Eiter. Rechts: Der hintere obere Quadrant zerstört, von hinten oben wuchert eine flache, linsengrosse Granulationsgeschwulst hervor. Flüstersprache 4 Mtr. Links:, Der gleiche Befund, nur ist die Menge des Granulationsgewebes kleiner. Flüsterspr. 120 Ctm. Pol. Verfahren, Ausspritzung, Borsäure. 5. Juni. Die Borsäure ist rechts trocken, links zerflossen. 8. Juni. Die Otorrhoe hat beiderseits sistirt. 15. Juni. Flüsterspr. beiderseits über 9 Mtr., Uhr rechts 20 Ctm., links 18 Ctm.; Entlassung. 22 Juli. Uhr beiderseits 40 Ctm.

25. April 1893 letzte Controle. Heilung constatirt.

XXXVIII. J. L., 15 Jahre, Realschüler, wurde mir am 27. Juli 91 von Herrn Prof. Politzer überwiesen; im 3. Lebensjahre hatte er eine beiderseitige eitrige Ohrentzündung nach Scharlach acquirirt, doch wurde er nach längerer Behandlung geheilt. Im Decbr. 1890 erkrankte er wieder an eitrigem Ausflusse rechts und es bildete sich ein Polyp, der den ganzen Gehörgang verlegte und von Herrn Prof. Politzer im Juli entfernt wurde. Ich fand nach Entfernung des Eiters als Rest der Wucherung eine von der oberen Umrandung des Trommelfelles herabragende, blassrothe, leicht blutende, sehr derbe Geschwulst; vom Trommelfelle war nur die untere Hälfte entzündet zu sehen. Uhr 50 Ctm. Unter Aetzungen mit Lapis in Substanz und Auskratzung ging die Geschwulst bald zurück; am 11. August ward eine Perforation im hinteren oberen Quadranten sichtbar, von hinten oben kamen Eiter und Epidermisfetzen; Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle. Am 27. August war die Entzündung ausgeheilt, das Trommelfell blassgrau, der vordere obere Quadrant verkalkt. Uhr 2 Mtr. Am 15. Januar 1893 zeigte sich der Substanzverlust hinten oben durch eine zarte, dem Steigbügel-Ambossgelenke adhärente Narbe geschlossen; das Ohr war seit 1891 trocken geblieben. Letzte Controle am 16. April 93: Ohr trocken. Uhr 3 Mtr.[74])

XXXIX. J. Th., 27 Jahre, Schuhmacher, leidet seit Jahren an Ausfluss aus dem linken Ohre, Schwerhörigkeit, beständigem Sausen und Schwindel. Rechts normaler Befund. Links: Eingetrockneter Eiter an einer ca. 3 Mm. Durchmesser haltenden Fistel über dem Proc. brevis; die Ausspülung mit der Hartm.'schen Canüle fördert viel Retentionsmassen zu Tage; die Sonde kommt auf rauhen Knochen längs des oberen Randes. Uhr 12 Ctm., nach dem Catheterismus, wobei kein Perforationsgeräusch wahrzunehmen ist, 16 Ctm. Vorschlag der Hammer-Excision, doch kam Patient nicht wieder.

XL. J. T., 24 Jahre, Kanfmann, hört schon seit seinem 7. Lebensjahre schlecht. Seit August 1891 leidet er, wie er meint, nach einer Erkältung, an Ausfluss rechts, Sausen und Eingenommensein des Kopfes. Im Gehörgange zeigt sich am 9. December 91 rechts Eiter; beim Ausspritzen geht ein hanfkorngrosser Polyp ab, dessen Wurzel hinten oben sitzt; starke Blutung, Jodoformgaze.

10. Decbr. Die Perforation sitzt im hinteren oberen Quadranten, ist längsoval, ca. 3 Mmtr. lang, 2 Mmtr. breit; in der Tiefe, am Amboss-Steigbügelgelenk, sitzt die Wurzel des Polypen; Borsäure. Täglich zweimalige Behandlung. 16. Decbr. Ohr trocken; das Trommelfell ist blass,

[74]) Letzte Controle am 20. Juli 1893: Status idem.

Digitized by Google

milchweiss, verdickt, die Mucosa im Bereiche der Lücke glatt, blass glänzend. Uhr — 20 Ctm. Pat. reist ab. Nach brieflicher Mittheilung sistirte die Eiterung bis heute (5. Februar 1893).

XLI. M. Sch., 38 Jahre, Weinhändler, leidet seit Kindheit an zeitweisem eitrigen Ausflusse links. Stat. praes. vom 29. Decbr. 1891: Rechts: Trommelfell retrahirt, Uhr 90 Ctm. Links: Trommelfell ebenfalls retrahirt, entzündet, aufgelockert, hinten oben perforirt. Der Eiter kommt aus dieser Lücke. Tägliche Ausspülungen und Borsäure-Einblasungen nebst Pol. Verfahren (wobei Perforationsgeräusch) setzen die Eiterung bis 6. Januar, wo Patient die Heimreise antreten musste, sehr wesentlich herab.

XLII. 12. Januar 1892. Frl. J. T., 24 Jahre, Erzieherin, fiel vor 2 Jahren auf das rechte Ohr; seitdem besteht zeitweise Otorrhoe. Im Gehörgange Eiter, beim Ausspritzen geht eine hirsekorngrosse anämische Granulation mit, wonach eine ziemlich starke Blutung entsteht. 13. Jan. Das Trommelfell ist hinten oben perforirt, am langen Ambossschenkel sitzt die Wurzel der Granulation.

31. Januar. Unter täglich vorgenommener Selbstbehandlung mittelst Ausspülung mit Borsäurelösung und Borsäure-Einblasung hat die Eiterung aufgehört. Das Trommelfell ist verdickt, dem Promontorium adhärent; hinten oben ist das Steigbügel-Ambossgelenk zu sehen. Die Mucosa tympani ist blass, sclerosirt. Die Hörweite für Flüsterspr.: ad concham und durch das Hörrohr, ändert sich bei der Luftdouche nicht; kein Perforationsgeräusch. Septbr. 1892. Das Ohr ist trocken geblieben.

XLIII. 19. Mai 1892. J. G., Notar, 45 Jahre alt, leidet seit Kindheit mit kurzen Unterbrechungen an Schwerhörigkeit und eitrigem Ohrenflusse rechts. Stat. praes.: Links normale Verhältnisse, Uhr über 2 Mtr. Rechts: Im Gehörgange Eiter. Beim Ausspritzen entsteht heftiger Brechreiz; von der hinteren Gehörgangswand ragen über das Trommelfell, fast bis zur Berührung der vorderen Gehörgangswand, Granulationsmassen; Uhr 0; Pol. Verfahren, wobei Perforationsgeräusch hörbar wird, Borsäure.

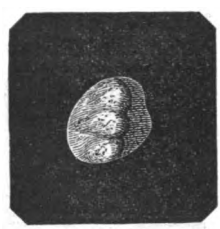


Fig. XX.

28. Mai. Pat. stellt sich wieder vor, um sich einer längeren Behandlung zu unterziehen. Die erste Behandlung hat so weit genützt, dass der Eiter seitdem nicht mehr, wie sonst, aus dem Ohre floss. Beim Berühren der unterdess geschrumpften Granulationsgeschwulst entsteht wieder heftiger Brechreiz.

30. Mai. Entfernung der Wucherung mit dem Politzer'schen Ringmesser.

10. Juni. Entfernung der Reste derselben; man sieht jetzt, dass das Trommelfell destruirt ist; hinten oben kommen aus dem Antrum Eiter und käsige Retentionsmassen; die Polypenwurzel sitzt hinten unten, an der Fenestra rotunda. Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle. 13. Juni. Das Bild hat sich bei dieser Behandlung so weit geklärt, dass man erkennt, wie das Trommelfell bis auf einen den Stumpf des Hammergriffs

Fig. XXI.

Digitized by Google

bergenden Rest an der oberen Peripherie zerstört ist; die innere Paukenwand ist von einer blassen Narbenmembran bekleidet. Die Secretion ist nur noch hinten unten an der Stelle, wo der entfernte Polyp wurzelte, vorhanden. Aetzung mit Liquor ferri.

14. Juni. Das Ohr ist trocken.

18. Juni. Pat. wird geheilt entlassen.

1. April 1893. Das Ohr ist trocken geblieben.

XLIV. 6. Juli 1892. Frau S. W., 29 Jahre, leidet seit 8 Jahren an eitrigem Ausflusse aus dem rechten Ohre und Schwindel; in den letzten Jahren wurden öfters Polypen constatirt und operativ entfernt; doch konnte sich Patientin nie einer längeren Cur unterziehen, da sie stets nur auf kurze Zeit aus der Provinz nach Wien kommen konnte. Gegenwärtig bestehen sehr profuse Eiterung, Schmerz im und hinter dem Ohre, heftiger Schwindel und Ueblichkeiten.

Stat. praes.: R. Ohr: Den Gehörgang erfüllt fötider, pulsirender Eiter; nach der Ausspritzung zeigt sich das Trommelfell bis auf einen Rest der vorderen Hälfte zerstört, mit Erhaltung eines Restes vom Hammergriffe. Das innere Ende der oberen Gehörgangswand zeigt einen Defect, durch welchen hindurch der obere Trommelhöhlenraum, von einer derben, zäh anhaftenden schmutziggelben Masse ausgefüllt, sichtbar wird. Uhr 0; bei der Luftdouche kein Perforationsgeräusch. Nach Einblasungen von Salicyl-Borsäure 1 : 10 und erweichenden Einträufelungen gelingt es nach 9 Tagen, mit der Hartm.'schen Canüle alte morsche Cholesteatomfetzen und 3 Tage später ein über erbsengrosses, perlglänzendes Cholesteatom auszuspritzen, dessen Inneres bereits zu Detritus zerfallen ist. Von da ab sistirte jede Absonderung aus dem oberen Trommelhöhlenraume bis zum 11. Januar 1893, wo ich die Patientin zum letzten Male sah, vollständig. Mit der Entfernung des Cholesteatoms hörten Schwindel, Kopfschmerz und Ueblichkeiten auf und zeigte sich der obere Trommelhöhlenraum, sowie die obere Hälfte der inneren Paukenwand schon wenige Tage später von zartem Narbengewebe bekleidet; der Hammerkopf scheint zu fehlen, der Amboss ist zerstört, vom Stapes die Platte in d. Fen. ovalis erhalten. Uhr 4 Ctm.; nur hinten unten blieb eine Stelle der Schleimhaut um die Fenestra rotunda herum succulent und secernirte ab und zu eine Spur Eiter. Die Secretion an dieser Stelle sistirte, nachdem sie allen Antisepticis hartnäckigen Widerstand geleistet hatte, erst im December 1892 nach Einlegen von mit 10procentigem Menthol-Oel getränkter Watte.

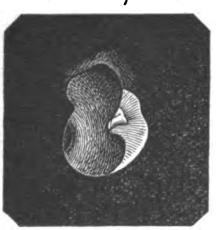


Fig. XXII.

Fig. XXIII.

XLV. 30. August 1892. H. J., 22 Jahre, Kaufmann, leidet seit der Kindheit, wie er glaubt, nach Scharlach, an Schwerhörigkeit und Eiterfluss aus dem rechten Ohre. Er wurde schon vielfach, jedoch ohne Erfolg behandelt. Links bestehen ausgedehnte Vernarbungen am Trommelfell mit bedeutender Herabsetzung der Hörweite — 4 Mtr. für die Flüstersprache. Rechts liegt fötider Eiter im Gehörgange, nach dessen Ausspritzung man eine Destruction des Trommelfelles wahrnimmt, von dem

Digitized by Google

nur mehr die Membr. Shrapnelli mit dem Hammergriffe übrig ist; dieser ist dem Promontorium adhärent. Aus der hinteren oberen Nische dringt Eiter vor. Bei der Lufteintreibung kein Perforationsgeräusch.

Am 12. September ist eine Granulation hinten oben sichtbar. Patient kann sich nicht entschliessen, die vorgeschlagene Hammer-Excision vornehmen zu lassen. 7. Oct. Trotz öfterer Ausspülungen des oberen Trommelhöhlenraumes hat sich die Eiterung nicht verloren; hinten oben kommt noch jeden zweiten Tag ein Eitertröpfchen. Hammer-Excision. Der entfernte Hammer zeigt sich am Kopfe cariös; den Amboss zu entfernen, gelang nicht. Wundverlauf ganz normal, ohne Eiterung. 14. October. Pat. reist mit der Vorschrift zur Nachbehandlung ab; im Decbr. sistirte die Eiterung vollständig, um im Januar wiederzukehren. 12. April 93 letzter Bericht; Eiterung noch andauernd.

XLVI. 9. September 1892. M. Kr., 28 Jahre, Kaufmann, leidet seit Kindheit an Otorrhoe rechts. Stat. praes.: Trommelfell in den beiden vorderen und im hinteren unteren Quadranten blass, getrübt, der hintere obere ist bedeckt von einer flachen, aus der Paukenhöhle vorwuchernden, bis zum Hammergriffe reichenden, derben Granulationsgeschwulst; Uhr a. c., beim Politzer'schen Verfahren Perforationsgeräusch. Patient lässt sich nicht behandeln.

Fig. XXIV.

XLVII. B. G., 30 Jahre, ist seit Kindheit rechts, seit einem Jahre auch links schwerhörig und leidet an permanentem Eiterausflusse aus beiden Ohren, sowie stetigem Sausen.

Stat. praes. am 14. September 1892: Rechts: Das Trommelfell ist destruirt, über dem frei herabragenden Hammergriffe sieht man Eiterkrusten. Hörweite für die laute Sprache 70 Ctm. Links: Perforation des Trommelfelles.

17. September. Nach Entfernung der Krusten sieht man, dass das rechte Trommelfell bis auf einen schmalen Saum an der unteren Peripherie fehlt; durch einen Defect des inneren Endes der oberen Gehörgangswand sieht man in den oberen Trommelhöhlenraum, dessen innere Wand von entzündeter Schleimhaut bekleidet ist; der Hammer ist ganz zu übersehen. Fixirt wird er durch feste, scheinbar knöcherne Verwachsung des Griffes mit der inneren Paukenhöhlenwand, sowie vom erhaltenen Ligamentum mallei anterius. Der Amboss fehlt, ebenso die Stapesschenkel. Die Mucosa zieht glatt über die Fen. ovalis. Ausspülung, Luftdouche und Luftverdichtung vom Gehörgange aus; Borsäure.

Fig. XXV.

21. September. Das Ohr ist trocken, die Mucosa blass; Flüstersprache 2 Mtr.

29. September. Mucosa blass, zart. Flüstersprache 3 Mtr., mittellaute Sprache 7 Mtr. Entlassung.

19. December. Das Ohr ist trocken geblieben.

XLVIII. 23. August 1892. Frau E. Spr., 52 Jahre, Wirthschafterin, leidet seit vielen Jahren nach einem auf's linke Ohr erhaltenen Schlage

Digitized by Google

an Ausfluss von Eiter daselbst. Die Eiterung ist so profus, dass mehrmals täglich die Wattepfröpfe durchnässt werden.

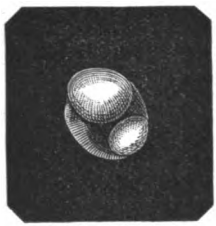


Fig. XXVI.

Stat. praes.: Rechts: Trommelfell und Hörweite normal. Links: Den Gehörgang verlegt pulsirender, foetider Eiter; nach dem Ausspritzen sieht man das Trommelfell nicht, da zwei lebhaft rothe, kugelige Polypen, von denen der eine von oben herab, der andere unten wuchert, der Membran vorliegen. Uhr 0, Flüstersprache 25 Ctm. Täglich Ausspülung und Politzer'sches Verfahren, wobei lautes Perforationsgeräusch hörbar ist, sodann Borsäure. 15. Septbr. Der Ausfluss ist so spärlich, dass innerhalb 24 Stunden die eingeblasene Borsäure nur mehr durchfeuchtet wird. Die Polypen sind allmählig so geschrumpft, dass man vom oberen nur mehr einen stecknadelkopfgrossen, am Steigbügelambossgelenk wurzelnden, vom unteren einen hanfkorngrossen Rest sieht. Das Trommelfell zeigt sich jetzt bis auf einen den Hammergriff enthaltenden Abschnitt der vorderen Hälfte zerstört, die Membr. Shrapnelli ist fast in ihrer ganzen Ausdehnung perforirt, die Mucosa tympani ist noch lebhaft geröthet und entzündet. Behandlung nur mehr 1—2 Mal wöchentlich. 14. October. Der

Fig. XXVII.

Trommelfellrest ist blass, glatt, glänzend, dem Promontorium adhärent; hinten oben sieht man das von gerötheter Schleimhaut bekleidete Steigbügel-Ambossgelenk, die Mucosa noch ziemlich entzündet, hinten unten einen derben Rest des Polypen. Keine Spur von Secretion. 8. Februar 1893. Patientin stellt sich wieder vor. Das Ohr ist trocken geblieben, auch der untere Polyp ist gänzlich geschrumpft. Uhr ad concham. Letzte Controle der bestehenden Heilung am 8. Mai 1893.

IL. 23. November 1892. H. M., 43 Jahre, Oeconom, leidet seit 10 Jahren, ohne bekannte Ursache, an so starkem Ausflusse aus dem linken Ohre, dass er täglich 2 Mal die Watte wechseln muss.

Stat. praes.: R. O.: Trommelfell sehr getrübt, retrahirt, Uhr 78 Ctm. L. O.: Im Gehörgange Eiter mit käsigen Partikeln; die hintere Hälfte des Trommelfelles ist zerstört, die innere Paukenhöhlenwand von verdickter,

Fig. XXVIII.

narbiger Mucosa bekleidet. Am Umbo eine hirsekorngrosse Granulation. Der lange Ambossschenkel und der Steigbügel fehlen. Uhr 4 Ctm.; beim Pol. Verfahren Perforationsgeräusch. Uhr dann 10 Ctm. Borsäure. 24. Novbr. Die Borsäure ist nur hinten oben zerflossen. 30. Novbr. Die Eiterung ist nur mehr minimal. Bis 4. Decbr. werden täglich Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle vorgenommen, wobei käsiger Eiter und Epidermisfetzen ausgespritzt werden. 6. Decbr. Keine Eiterung mehr. 8. Decbr. Das Ohr ist trocken. Pat. reist ab. 3. Februar 1893. Das Ohr ist trocken geblieben. Uhr 36 Ctm.

Die folgende Tabelle zeigt nun die wesentlichen Punkte dieser Statistik in übersichtlicher Weise geordnet:

Digitized by Google

No.	Männlich R.	Männlich L.	Weiblich R.	Weiblich L.	Beiderseits	Alter Jahre	Ursache des Leidens	Dauer	Behandlungsdauer bis zur Heilung	Dauer der Heilung bis zur 1. Recidive	Keine Recidive beobachtet nach	Hörweite vor der Behandlung	Hörweite nach der Behandlung	Trommelfellbefund.	Bemerkungen.
1	—	—	—	1	—	8	—	—	14 Tage	—	6jähr. Controle	Pol. Acum. 33 Ctm.	Pol. Acum. 4 Mtr.	Destruction.	—
2	—	1	—	—	—	35	Erkältung	12 J.	19 T.	4 J.	2 J.	Acum. 90 Ctm.	Acum. $1\frac{1}{2}$ Mtr.	Perforation der Membr. Shrapnelli u. des hint. unteren Quadranten.	Vernarb. d. Lücke h. u. Heilung 14 Tage nach dem Recidive.
3	—	1	—	—	—	24	Masern	12 J.	6 Mon.	—	13 M.	Acum. 7 Ctm.	Acum. 1 Mtr.	Destruction.	Vernarbung.
4 R.	—	—	—	—	1	46	—	10 J.	13 T.	—	$5\frac{3}{4}$ J.	Fl.-Spr. R 14Ctm.	Fl.-Spr. 1 Mtr.	R. Perforation im hint. oberen Quadranten.	Vernarbung.
5 L.										$5\frac{1}{2}$ J.	—	L.35Ctm.	2 »	L. Perforation d.Membr. Shrapnelli und im hint. oberen Quadanten.	Heilung nach der Recidive links in 1 Monat.
6	—	—	1	—	—	15	Scharlach	9 J.	$3\frac{3}{4}$ M.	—	$9\frac{1}{2}$ M.	Uhr 1 Ctm.	Uhr 18 Ctm.	Perfor. im hint. oberen Quadr. mit Vorwuchern von Polypen.	Vernarbung.
7	—	1	—	—	—	33	—	8 J.	2 J. 2 Mon.	—	$2\frac{1}{4}$ J.	Uhr 4 Ctm.	Uhr 9 Ctm.	Perforat. in der oberen Trommelfellhälfte mit Zerstör. des Hammergriffes	—
8	—	—	—	1	—	24	Eindringen von Wasser	12 J.	6 Mon.	$1\frac{1}{2}$ J.	—	—	—	Destruction. Perforat. der Membr. Shrapn.	Hammer-Amb.-Excision.
9	—	1	—	—	—	33	—	1 J.	liess sich nicht behandeln			Acum. 58 Ctm.	—	Perforation im hinteren oberen Quadranten.	—
10	1	—	—	—	—	30	—	5 J.	2 Mon.	—	2 J. 8 Mon.	—	Fl.-Spr. $1\frac{1}{2}$ Mtr.	Perforation der Membr. Shrapn., Zerstörung d. unteren Trommelfellhälfte.	—

Digitized by Google

No.	Männlich R.	Männlich L.	Weiblich R.	Weiblich L.	Beiderseits	Alter Jahre	Ursache des Leidens	Dauer	Behandlungsdauer bis zur Heilung	Dauer der Heilung bis zur 1. Recidive	Keine Recidive beobachtet nach	Hörweite vor der Behandlung	Hörweite nach der Behandlung	Trommelfellbefund.	Bemerkungen.
11	—	—	1	—	—	28	—	—	5 Tage	—	4 J.	—	Fl.-Spr. 60 Ctm.	Freiliegen des Attic.	Vernarbung.
12	—	—	1	—	—	20	Exanthem	6 J.	4 Mon.	—	3 J. 11 M.	Fl.-Spr. 12 Ctm.	Fl.-Spr. über 9 Mtr.	Perforation der Shrapn. Membran, Destruction des Trommelfells.	—
13	—	—	—	1	—	22	—	seit der Kindh.	wurde nicht behandelt					Destruction d. Trommelfelles.	Laut Mittheil. des Gatten wurden im Eiter oft Tuberkelbacillen gefunden.
14	1	—	—	—	—	15	—	seit der Kindh.	10 T.	—	1 J. 8 Mon.	Acum. 68 Ctm.	Uhr 32 Ctm.	Perforation des hinteren oberen Quadranten.	Vernarbung.
15	—	1	—	—	—	47	Erkältung	3 Mon.	14 T.	1 J. 9 Mon.	—	Uhr 10 Ctm.	Uhr 15 Ctm.	Perforation im hinteren oberen Quadranten.	Heilung $1\frac{1}{2}$ Mon. nach der Recidive erzielt.
16	—	—	1	—	—	21	Scarlatina	seit der Kindh.	$1\frac{1}{2}$ M.	—	$2\frac{3}{4}$ J.	laute Sprache 15 Ctm.	3—5 Mtr.	Zerstörung der hinteren Trommelfellhälfte, des langen Ambosschenkels u. d. Steigbügelschenkel.	—
17	1	—	—	—	—	10	Scarlatina	seit der Kindh.	25 T.	$1\frac{1}{2}$ J.	1 J.	—	—	Destruction d. Trommelfelles und langen Ambossschenkels.	Heilung 6 Monate nach der Recidive erzielt.
18	—	—	—	1	—	32	Scarlatina	28 J.	35 T.	nicht wieder gesehen			Fl.-Spr. $2\frac{1}{4}$ Mtr.	Destruction d. Trommelfelles, Freiliegen der Chorda.	—
19	—	1	—	—	—	30	Sturz	28 J.	39 T.	—	3 J. 4 Mon.	Uhr a. c.		Destruction bis auf den vord. ob. Quadranten.	—
20	1	—	—	—	—	32	—	8 J.	$3\frac{1}{2}$ M.	8 Mon.	5 »	—	Fl.-Spr. 6 Mtr.	Perforation im hinteren oberen Quadranten.	—
21	1	—	—	—	—	40	Erkältung	11 J.	4 Mon.	—	$2\frac{1}{2}$ J.	Fl.-Spr. $3\frac{1}{2}$ Mtr.	Uhr 160 Ctm	Perforation der Shrapn. Membran.	—

Digitized by Google

22	—	1	—	—	—	16	Scarlatina	s. früh. Kindh.	15 Tage	—	2 J. 2 Mon.	Uhr a. c.	4 Ctm.	Freiliegen des Attic.	—
23	—	1	—	—	—	38	Trauma	12 J.	nicht erzielt nach 1 monatl. Behandlung			Uhr i. c. pr. m.	—	Perforation im hinteren oberen Quadranten.	Bedeutende Abnahme der Otorrhoe u. des Foetors.
24	—	—	—	1	—	19	Scarlatina	seit Kindh.	8 Tage	auszuscheiden, da Hammer und Amboss fehlen.					—
25	1	—	—	—	—	23	—	—	2 Tage	ausgeblieben nach 2täg. Behdlg.				Perfor. d. Shrapn. Membr.	—
26 R. 27 L.	—	—	—	1		22	—	19 J.	liess sich nur wenige Tage behandeln					Beiders. Perfor. im hint. ob. Quadr. und Eiterung aus dem Antrum.	Bedeutende Abnahme der Otorrhoe.
28	1	—	—	—	—	41	Schnupfen	4 Tage	3 Mon.	—	2 J. 5 Mon.	Uhr 75 Ctm.	2 Mtr.	Perfor. d. Membr. Shrapn.	Vernarbung.
29	1	—	—	—	—	13	—	1½ J.	liess sich nur 8 Tage behandeln					Perfor. d. Membr. Shrapn.	Bedeut. Abn. d. Eiterung.
30	—	1	—	—	—	33	—	1 J.	liess sich nur 2 Tage behandeln			Uhr 2 Ctm.	73 Ctm.	Perfor. d. Membr. Shrapn.	—
31	—	—	—	1	—	32	?	17 J.	4 Mon.	—	14 M.	—	Uhr 85 Ctm.	Zerstörung der hinteren Trommelfellhälfte.	Vernarbung.
32	1	—	—	—	—	30	—	4 J.	8 Tage	—	14 M.	Uhr 10 Ctm.	53 Ctm.	Perfor. im h. ob. Quadr.	Vernarbung.
33	1	—	—	—	—	29	—	seit Kindh.	ungeheilt					Destruction d. Trommelf.	Liess sich nur selten behandeln.
34	—	—	1	—	—	17	Scarlatina	seit Kindh.	2 Mon.	nicht weiter beobachtet			Fl.-Spr. 2 Mtr.	Destruction d. Trommelf.	—
35	1	—	—	—	—	23	—	4 J.	liess sich nicht behandeln					Perfor. d. Membr. Shrapn.	—
36 R. 37 L.	—	—	—	1		17	—	seit Kindh.	4 Tage	—	1 J. u. 10½ M.	—	Uhr 6 Ctm. 50 Ctm.	Perfor. im h. ob. Quadr.	—
38	1	—	—	—	—	15	Scarlatina	12 J.	8 Mon.	—	1 J. 11 Mon.	Uhr 50 Ctm.	3 Mtr.	Perfor. im hint. oberen Quadr. u. Polypenbildg.	Vernarbung.
39	—	1	—	—	—	27	—	—	liess sich nicht behandeln					Perfor. d. Membr. Shrapn.	—
40	1	—	—	—	—	24	Erkältung	4 Mon.	1 W.	nicht wiedergesehen			Uhr 20 Ctm.	Perfor. im h. ob. Quadr.	—
41	—	1	—	—	—	38	—	seit Kindh.	lässt sich nur eine Woche lang behandeln					Perfor. im h. ob. Quadr.	Bedeut. Abn. d. Otorrhoe.
42	—	—	1	—	—	24	Trauma	2 J.	1½ M.	—	7 Mon.	—	Uhr 0	Destruction der hinteren Trommelfellhälfte.	Vernarbung.

Digitized by Google

No.	Männlich R.	Männlich L.	Weiblich R.	Weiblich L.	Beiderseits	Alter Jahre	Ursache des Leidens	Dauer des Leidens	Behandlungsdauer bis zur Heilung	Dauer der Heilung bis zur 1. Recidive	Keine Recidive beobachtet nach	Hörweite vor der Behandlung	Hörweite nach der Behandlung	Trommelfellbefund.	Bemerkungen.
43	1	—	—	—	—	45	—	seit Kindh.	1 Mon.	—	9½ M.	—	—	Zerstör. d. Trommelfelles mit Polypenbildung.	Vernarbung.
44	—	—	1	—	—	29	—	8 J.	12 T.	—	6 Mon.	—	—	Zerstörung d. Trommelf. u. Ambosses, sowie der Steigbügelschenkel. Defect des inneren Endes d. ob. Gehörgangswand.	—
45	1	—	—	—	—	22	Scarlatina	seit Kindh.	nach 5 wöchentlicher Behandlung ungeheilt geblieben					Zerstörung des Trommelfelles bis auf den Hammergriff.	Hammer-Excision. ½ Jahr später Eiterung noch andauernd.
46	1	—	—	—	—	28	—	seit Kindh.	lässt sich nicht behandeln			Uhr a. c.	—	Polyp, aus einer Perfor. hint. oben vorwuchernd.	—
47	—	—	1	—	—	30	Scarlatina	—	1 W.	—	3 Mon.	laute Sprache 70 Ctm.	7 Mtr.	Zerstörung d. Trommelf. und inneren Endes der oberen Gehörgangswand. Amboss und Steigbügelschenkel fehlen.	—
48	—	—	1	—	—	52	Trauma	12 J.	7 W.	—	6 Mon.	Uhr 0	a. c.	Destruction d. Trommelf. Perf. d. Membr. Shrapn.	—
49	—	1	—	—	—	43	?	10 J.	2 W.	—	2 Mon.	Uhr 4 Ctm.	36 Ctm.	Perforation hinten oben. Zerstörung des langen Ambossschenkels u. d. Steigbügelschenkel.	—
	16	12	9	6	3										
	28		15		3	46.									
	Männer		18 Weiber												

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Ueber einen Fall von spontan gebildetem Rhinolithen.

Von

Dr. **E. J. Moure**

Docenten der Laryngologie etc. an der medicinischen Facultät zu Bordeaux.

Die Geschichte der Rhinolithen ist bereits sehr alt, da sie mit dem 16. Jahrhundert beginnt.

Allerdings muss man zugeben, dass die Fälle von damals ziemlich schlecht studirt waren. Die Autoren jener Zeit: Mathias von Gardi (1502), Bartholin (1654), Clauder (1685), Dekerue, Vitus Riedlinus, Ruysch (1733) u. A. beschränkten sich darauf, einzelne Fälle zu publiciren, die an sich interessant waren, sei es durch den Umfang, sei es durch die Dauer des Aufenthaltes des Fremdkörpers in den Höhlen. Demarquay war 1845 der Erste, der eine Sammelarbeit über diese Frage bei Gelegenheit eines Falles veröffentlichte, den er bei seinem Lehrer, Herrn Blandin, gesehen hatte. Seither mehrten sich die Beobachtungen von Nasensteinen bis sie sehr zahlreich wurden. Ich werde nur die hauptsächlichsten Monographien über dieses Thema citiren: die Arbeiten von Schmiegel[1]), Czarda[2]), Jaquemart[3]), Charazac[4]) und endlich die jüngste Arbeit meines ehemaligen Schülers Dr. A. Monnié[5]).

Die klassischen Abhandlungen von Morell Mackenzie, Bosworth, Massei und die zweite Auflage meines „Manuel des maladies des fosses nasales (1893)" enthalten gleichfalls eine Beschreibung dieser Art von Fremdkörpern.

Wenn man die verschiedenen in der medicinischen Literatur niedergelegten Beobachtungen durchläuft, kann man sich leicht überzeugen, dass in fast allen Fällen die Bildung des Rhinolithen eine secundäre ist, d. h. dass die Incrustation sich um einen mehr oder weniger runzeligen Fremdkörper bildet, der ziemlich lange Zeit in der Nase geweilt hat. Die spontanen Concremente sind wahre Ausnahmen, doch existiren Rhinolithen, welche sich primär im Innern der Nase entwickelt zu haben scheinen. Der eine der Fälle von Bartholin scheint in diese Categorie zu gehören. Man muss aber anerkennen, dass dies eine wahre Ausnahme ist. Herr Berlioz[6]), der Gelegenheit gehabt hat, 3 von Renault extrahirte Steine chemisch zu untersuchen, äussert sich kategorisch über die Pathogenese, indem er behauptet, dass sich der Rhinolith immer um irgend einen Fremdkörper entwickelt. Der letztere braucht weder von aussen zu stammen, noch absolut hart zu sein, wie etwa ein Samenkorn, Obstkern, Holzstückchen etc., es genügt vielmehr, dass eine trockene Schleimkruste lange in der Nasenhöhle verweilt, um die Erscheinung der Kalkincrustation herbeizuführen, deren Endstadium die Bildung eines echten Rhinolithen sein wird.

---

[1]) Quelques remarques sur les rhinolithes. (Rev. de laryng. du Dr. Moure, Septbr. 1884.)

[2]) Des corps étrangers du nez. (Gaz. méd de Paris No. 49 u. 50, 1884.)

[3]) Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1884.

[4]) Revue méd. de Toulouse 1888.

[5]) Étude sur les rhinolithes. (Thèse de Bordeaux 1889.)

[6]) Berlioz, Arch. Internat. de laryngol. etc., 1891, pag. 132.

Digitized by Google

Diese Thatsachen sind es, welche man mit Berechtigung der spontanen Steinbildung oder der primären Entwicklung in der Nasenhöhle beizählen wird. Sie sind auch die seltensten und diesbezüglich sind wir entschieden einer Ansicht mit Herrn Berlioz. Ebenso glauben wir auch mit jenem Autor, dass sich die Concremente auf Kosten der im Nasenschleim enthaltenen Salze bilden.

Folgende, in unserer Privatpraxis gemachte Beobachtung unterstützt diese Anschauungsweise:

Beobachtungen:

I. Stein im hinteren Nasenraum, primär entstanden.

M. X., 50 Jahre alt, Seemann, kam mich im October 1892 wegen eines hartnäckigen Halsleidens consultiren, wegen dessen er bereits die ganze herkömmliche Therapie durchgemacht hatte. Der Kranke klagt hauptsächlich über die Anwesenheit von Schleim, der aus der hinteren Nasenpartie in den Pharynx fliesst und ihn zwingt, namentlich des Morgens, den Hals abzukratzen und unter Tags dies zu wiederholen. Ueberdies verspürt er das Gefühl von Völle im rechten Ohre mit einigem intermittirenden Sausen. Bezüglich der Nasensecretion giebt er an, dass er gar nicht durch die rechte Seite schneuze, und nahezu normal durch das linke Nasenloch. Intermittirende Gesichtsneuralgien mit speciellen Localisationen. Die Pharyngitis, über welche X. hauptsächlich klagt, und wegen der er mehrere Male Badecuren durchgemacht hat, datirt von lange her, ca. 15—20 Jahre, mit Ruhepausen von wechselnder Dauer. Keine Verstopfung der Nase, kein Symptom einer Erkrankung derselben.

Bei der Untersuchung erscheint die Pharynxwand gesund, sie ist geröthet, nach oben mit dickem Schleime, der aus dem Nasenrachenraume hervorkommt, bedeckt. Die Rhinoscopia anterior erweist die Integrität des linken Nasenloches. Rechts constatire ich gleichfalls, dass die vorderen zwei Drittel der Nasenhöhle gesund sind. Die rückwärtige Partie der Nase lässt sich ziemlich schlecht beleuchten. Ich cocainisire daher die untere Muschel und hierbei wird meine Watte hinten durch einen harten Körper aufgehalten, den ich unterhalb zu umgehen genöthigt bin. Nachdem einmal die Retraction der Schleimhaut hervorgerufen war, stellte ich eine neue Untersuchung an, welche das Vorhandensein eines bräunlichen Vorsprunges im Niveau des rückwärtigen Theiles des unteren Nasenganges offenbart, und welcher Vorsprung ohne Trennungslinie sich in den Boden, die untere Muschel und das Septum fortsetzt. Die Sonde giebt das Gefühl eines Sequesters oder eines kalkigen, in den unteren Nasengang eingeschlossenen, absolut unbeweglichen Körpers.

Die Schleimhaut in der Umgebung, wenngleich etwas geschwellt, ist keineswegs gewuchert und blutet nicht während der Sondirung.

Die Rhinoscopia posterior zeigt nur, dass der Fremdkörper in der Nasenhöhle gut geborgen ist und keinen Vorsprung in das Cavum pharyngo-nasale bildet.

Zunächst an einen Knochensequester denkend, befragte ich den Patienten, der jede vorangegangene syphilitische Affection in Abrede stellte. Der Mangel einer Schleimhautläsion gestattete mir denn auch, diese Annahme zu verwerfen.

Digitized by Google

In Hinsicht auf die Möglichkeit der Einführung eines Fremdkörpers examinirt, vermochte Herr X. sich an nichts präcis zu erinnern. Er hatte einstmals, sagte er mir, vor vielen, mehr als 15 Jahren, einen hartnäckigen Schnupfen gehabt und war während langer Zeit von Schnupfattacken befallen. Er erinnerte sich, ein dickes, selbst blutiges Secret ausgeschneuzt zu haben, aber alle diese Erscheinungen waren seit einigen Jahren geschwunden, sein Hals allein war empfindlich geblieben. Ueberzeugt von der Anwesenheit irgend eines Fremdkörpers in dieser Nasenhöhle, schlug ich dessen Extraction vor, welche am nächsten Morgen ausgeführt wurde. Nachdem ich die Schleimhaut cocainisirt hatte, versuchte ich zuerst, den Nasenstein mit einer langen scharfen Zange zu zerstückeln, aber es gelang mir kaum, etwas von ihm abzubröckeln, nur ihn während dieser Manöver ein wenig beweglich zu machen.

Ich nahm nun eine etwas stärkere Sonde und versuchte den Fremdkörper frei zu machen, und nach einigen Versuchen gelangte ich dazu, ihn im unteren Nasengange beweglich zu machen. Ich wollte, allerdings vergeblich, ihn durch die vordere Nasenhöhle hervorziehen, diese sehr schmerzhafte Manipulation wurde von einer durch Schleimhauteinrisse hervorgerufenen Blutung begleitet. Ich liess ihn daher in den hinteren Rachenraum fallen, nachdem ich den Kranken angewiesen hatte, er solle ihn auswerfen, was er allsogleich that. Die nachfolgende Blutung war minimal und stand nach einer Einspritzung von Borwasser, welche keinerlei Detritus nach aussen beförderte.

Sogleich erschien die Nasenhöhle frei und hinten an der Stelle, wo der Fremdkörper lag, sehr ausgeweitet. Ich untersuchte nun den letzteren, welcher genau die in der untenstehenden Figur abgebildete Gestalt hatte, auf einer der Oberflächen convex, er war mit dieser Seite auf dem Boden der Nase eingelagert, auf der entgegengesetzten Seite concav und vertieft durch eine seichte Furche, er war dort in Berührung mit der rückwärtigen Partie der unteren Muschel, welche sich auf ihm einlagerte und formte und an dieser Fläche fest einschloss; die knöcherne Scheidewand diente ihm als Stützpunkt an der inneren Seite. Das konische Ende blickte nach rückwärts, es bildete einen leichten Vorsprung in den Nasenrachenraum. Der Fremdkörper füllte also hinten den ganzen unteren Nasengang aus. Seine Oberfläche war graulich-schmutzig, ziemlich glatt auf der concaven Partie, ein wenig rauh in seiner übrigen Ausdehnung. Seine Consistenz war hart, kaum einritzbar durch das Gebiss einer starken Kornzange. Sein Volumen war genau das in den beigegebenen Figuren dargestellte.

Rhinolith von der concaven Seite. Man sieht die Rinne, in welcher die untere Nasenmuschel lag.

Rhinolith von oben gesehen, von unten her eingedrückt.

Digitized by Google

Nach der Durchsägung mit einer feinen Säge konnte ich feststellen, dass der Stein gleichmässig aus einer kalkigen Masse gebildet war, vielleicht mit Ausnahme des Centrum, wo sich eine Art krustiger Masse vorfand, verlängert in der Richtung von vorn nach hinten, einem trockenen Klümpchen Blut ähnlich, um welches sich die Kalkincrustation entwickelt haben dürfte.

Der Patient machte einige Tage Einspritzungen von Borlösungen und als ich ihn ganz zuletzt wiedersah, versicherte er mich, dass sein Hals sich viel besser befinde. Die Secretion im Nasenrachenraume ist fast ganz geschwunden. Beide Nasenhöhlen sind normal.

Hier sind die Resultate der von Herrn Denigès, professeur agrégé, ausgeführten chemischen Untersuchung, welcher uns folgende Notiz übersandte:

Chemische Analyse.

Gewicht der übergebenen Materie . . 0,937 Grmm.

Zusammensetzung in 100 Theilen:

Wasser	5,404 %
Tricalciumphosphat	72,55 %
Magnesiumphosphat	1,40 %
Chlorverbindungen	Spuren
Organische Bestandtheile	22,05 %
Calciumcarbonat	Spuren [7]).

(Schluss folgt.)

---

[7]) Zum Vergleiche veröffentlichen wir hier die Resultate der chemischen Analyse, die H. Berlioz an 4 Nasensteinen angestellt hat:

	No. 1	No. 2	No. 3	No. 4
Wasser	5,80	5,10	4,00	6,90
Organische Substanzen	16,60	18,20	16,00	18,10
Calciumphosphat	62,02	60,61	61,40	47,63
Magnesiumphosphat	5,08	6,28	3,93	9,68
Calciumcarbonat	10,59	9,81	14,61	20,69
Spuren von Eisen	?	bestimmbar	?	bestimmbar

Derselbe Autor hat einige vor ihm gemachte Analysen in Vergleichstabellen in folgender Weise zusammengefasst:

	Namen der Autoren:			
	Geizer	Brandes	Axmann	Bouchardet
Wasser	—	8,93	—	Schleim, Calcium- und Magnesiumphosphat, Chlornatrium und Spuren von Natriumcarbonat
Mineralische Substanzen	23,30	4,52	0,35	
Calciumphosphat	46,70	79,56	0,8	
Calciumcarbonat	21,70	6,41	0,225	
Magnesiumcarbonat	8,30	—	0,125	
Lösliche Salze	Spuren	0,58	Spuren von Chloriden u. Eisenoxyd	

Digitized by Google

Bericht
über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893).

Von
Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

14) Moos (Heidelberg): Ueber einen noch nicht beschriebenen eigenthümlichen Verlauf einer Warzenfortsatz-Erkrankung.

In dem mitgetheilten Falle hatte die Hauptrolle die Fissura mastoidea squamosa gespielt. Nach Erinnerung an die Arbeiten von Gruber, Bezold, Kirchner und Kiesselbach erwähnt M., bei Besprechung der Beobachtungen von Kirchner, eines ähnlichen, bereits vor 10 Jahren von ihm beobachteten und behandelten Falles bei einem Collegen, bei welchem ohne objectiv wahrnehmbare Veränderungen am Trommelfell innerhalb 24 Stunden sich schmerzlos ein gänseeigrosser Abscess auf dem Warzenfortsatze bildete, der nach Incision sehr rasch heilte; es blieb Sclerose des Mittelohres zurück.

Der neuerdings beobachtete Fall war ein chronischer, seit 4 Monaten bestehender, der sich bei einem 39jährigen kräftigen Bierbrauer nach Influenza entwickelt hatte. In der Jugend hatte Patient eine doppelseitige Scharlach-Otitis überstanden; der Ausfluss blieb beiderseits aus; auch auf dem jetzt nicht afficirten linken Ohre besteht noch eine centrale Perforation.

Aus der mitgetheilten Beobachtung zieht M. folgende Schlüsse:

a) Der Abscess befindet sich nicht auf dem Warzenfortsatz, sondern am unteren Ende der Apophyse und etwas medial.

b) Es findet Eitersenkung resp. entzündliche Infiltration des intramusculären Bindegewebes in die Nackengegend und längs der Rückenmuskeln auf beiden Seiten der Wirbelsäule statt, so dass schliesslich Pat. weder verticale noch horizontale Kopfbewegungen mehr ausführen kann; ferner kann sich Pat. nicht mehr allein aufrichten, kann sich nicht selber auf die Arme stützen und ohne Hilfe oder ohne Lehne nicht sitzen; Pat. ist so steif, als hätte er ein Brett in der Wirbelsäule.

c) Es findet auch ein Regurgitiren des Abscesses durch die Fissura mastoidea squamosa und eine Entleerung des Eiters durch das mittlere Ohr und den äusseren Gehörgang statt. Nachdem Tage lang die Paukenhöhle und der äussere Gehörgang ganz trocken resp. frei von Eiter, kann plötzlich wieder ein so abundanter Ausfluss kommen, dass man eine Schaale an's Ohr halten muss; nachher kann wieder eine Anschwellung auftreten.

d) Dies ist der Fingerzeig für die methodische Behandlung des äusseren Abscesses vermittelst Massage; während derselben entstehen Schwindel und Ohrensausen in Folge der stärkeren Belastung der Labyrinthfenster durch den durchgepressten Eiter. Mit der jedesmaligen Massage muss aufgehört werden, sobald statt des Eiters sich Blut entleert. Dass Schwindel und Sausen während der Massage nicht mehr

Digitized by Google

aufgetreten, darf als Zeichen betrachtet werden, dass der Eiterungsprocess sich erschöpft hat und weiteres Massiren unnöthig ist.

e) Die operative Eröffnung der Zellen des Warzenfortsatzes ist nicht nur nicht indicirt, sondern unnöthig, wie sich M. in seinem Fall um so mehr überzeugen konnte, als der Warzenfortsatz bei der Operation sich vollkommen sclerotisch erwies.

f) Die geschilderten Folgezustände der Eitersenkung wurden erst durch den Gebrauch eines Soolbades völlig gehoben.

Discussion:

Kessel (Jena) fragt M., ob in dem beschriebenen Falle kein retropharyngealer Abscess vorhanden gewesen wäre, was Moos verneint.

15) L. Wolff (Frankfurt a. M.): Bericht über gleichzeitiges Auftreten schwerer Mittelohr-Entzündungen bei drei Geschwistern.

Vier Geschwister, 2 Mädchen im Alter von 11 und 10 und 2 Knaben im Alter von 9 und 8 Jahren erkranken gleichzeitig unter Symptomen von Catarrh der Respirationsorgane. Drei davon bekommen nach einigen Tagen heftige eitrige Mittelohrentzündungen mit hohem Fieber, zuerst die beiden Mädchen und ein paar Tage darauf auch der ältere Knabe. Während nun bei Letzterem die Entzündung nur einseitig auftritt und die Anfangs heftigen Symptome nach gemachter Paracentese allmählig weichen, erkranken die beiden Mädchen doppelseitig mit beiderseitiger Entzündung der Warzenzellen. Trotz ausgiebiger Paracentese, permanenter Eiskühlbehandlung, Ausspritzungen etc. bleiben wochenlang die bedrohlichsten Symptome — hohes Fieber, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Warzengegenden — bestehen. Bei dem einen Mädchen kommt es sogar zu ausgedehnter einseitiger Caries des Proc. mastoid. Schliesslich tritt bei den 3 Kindern Heilung ein; die Caries wurde operativ beseitigt.

Interessant bei den erwähnten Krankheitsbildern findet W. die Frage nach der Aetiologie. Es ist sehr auffallend, dass 3 Geschwister, die unter catarrhalischen Erscheinungen erkrankt waren, ziemlich gleichzeitig acute eitrige Mittelohrentzündung, 2 sogar beiderseits, mit den schwersten Symptomen bekommen. Man denkt an eine gemeinsame infectiöse Ursache. Ein acutes Exanthem ist, da die Kinder von Anfang der Erkrankung an genau ärztlich beobachtet wurden, auszuschliessen. Die bacteriologische Untersuchung ergab nur die gewöhnlichen Eitercoccen, besonders Staphylococcus pyogenes aureus. Am meisten spricht das Auftreten der ganzen Erkrankung für Influenza, welche Annahme dadurch unterstützt wird, dass bei dem einen Knaben der Trommelfellbefund sehr an das Aussehen erinnerte, wie es die Influenza-Otitis oft zeigt, indem das Trommelfell in Form einer blutigen Blase vorgewölbt war.

Discussion:

Moos (Heidelberg) meint, das gleichzeitige Auftreten der Ohr-Erkrankung als Epidemie betrachten zu müssen, ähnlich den Hausepidemien, wie letztere zumeist bei der Influenza beobachtet werden konnten.

Digitized by Google

16) L. Wolff (Frankfurt a. M.): Vorstellung eines Falles von congenitaler Atresie beider äusseren Gehörgänge ohne Deformität der Ohrmuscheln.

Gewöhnlich ist die Atresie des äusseren Gehörganges mit Verbildung der Ohrmuschel verbunden. Es sind nur 3 Fälle bekannt, wo dies nicht der Fall war. So beobachtete Oberteuffer und Blau je einen Fall von einseitiger Atresie mit normaler Muschel und Jacobson beschrieb eine angeborene doppelseitige Atresie mit einer normalen und einer verkrüppelten Ohrmuschel. Angeborene doppelseitige Atresie des äusseren Gehörganges ohne Verkrüppelung der Muscheln ist bis jetzt noch nicht beschrieben.

In dem vorgestellten Falle handelt es sich um einen geistig etwas zurückgebliebenen jungen Mann von 23 Jahren. Die Atresie umfasst nicht den ganzen Gehörgang, sondern letzterer beginnt mit etwas verengerter Oeffnung und endigt ungefähr in der Mitte in einem spaltförmigen Canal; auch die dünnste Borste lässt keine Fortsetzung der Lichtung erkennen. — Eine genauere Hörprüfung ist des geistigen Defectes wegen unmöglich. Laute Sprache wird verstanden. Das Bestehen eines normalen mittleren und inneren Ohres ist nicht unwahrscheinlich. Ein deutliches Auscultationsgeräusch beim Catheterismus war nicht zu hören.

Discussion:

Hartmann (Berlin) demonstrirt im Anschlusse die Photographie eines Falles von angeborener Atresie mit ziemlich normaler Ohrmuschel, denselben stellte H. gelegentlich der I. Versammlung norddeutscher Ohrenärzte vor. Bei einem operativen Versuche, unter Ablösung der Ohrmuschel, fand sich ein vollständiges Fehlen des äusseren Gehörganges und er gelangte sofort auf den Gelenkfortsatz des Unterkiefers. — H. demonstrirt ferner ein Präparat von einem Neugeborenen, wo beiderseitiger Verschluss des äusseren Gehörgangs besteht; Annulus tympanicus und Trommelfell fehlen vollständig.

17) Vohsen (Frankfurt a. M.): Demonstration geheilter Fälle von Mittelohreiterung (Stacke'sche Operation mit permanenter Oeffnung hinter der Ohrmuschel.)

Verf. demonstrirt geheilte Fälle mit permanenter Oeffnung hinter der Ohrmuschel, die dauernd gestattet, das Gebiet der weggemeisselten oberen und hinteren Wand zu übersehen. Es wird so der todte Raum vermieden, der sich sonst leicht zwischen medialer Conchafläche und dem Eingang des durch den Meissel erweiterten knöchernen Meatus bildet.

III. Sitzung Sonntag, den 21. Mai, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Kessel (Jena).

18) Bresgen (Frankfurt a. M.): Demonstration von Ohrtrichtern.

B. zeigt einen Satz von fünf neuen Ohrtrichtern aus Aluminium vor. Dieselben sind in der Art der Gruber'schen Ohrtrichter gearbeitet; ihre vordere Oeffnung ist jedoch weiter, als bei diesen, und ihr weiter Theil verjüngt sich in gerader Linie bis zum engen Theile. In Folge dieser Veränderung ist die Einführung von Instrumenten nicht unwesentlich erleichtert. Zu bemerken ist auch noch, dass alle fünf

Digitized by Google

Trichter eine gleiche Länge haben, ein Vortheil, der anderen Ohrtrichtern sehr häufig mangelt, indem gerade der dünnste, weil alle meist gleichmässig abgeschnitten sind, der längste zu sein pflegt. Der Vortheil des Aluminiummetalles ist Jedem bekannt. Die Trichter können innen geschwärzt geliefert werden. Sie werden in tadelloser Weise vom Instrumentenmacher Carl Steiner (Frankfurt a. M., Allerheiligenstr. 58) verfertigt.

19) Jansen (Berlin): Demonstration eines Katz'schen Präparates.

J. demonstrirt ein macroscopisches Ohrenpräparat von Dr. Katz (Berlin), welches nach der von K. beschriebenen Methode[4]) vollkommen transparent gemacht worden ist.

Das Präparat zeigt in überraschender Weise: a) das Trommelfell mit Hammer und Amboss, b) die Pars epitympanica mit Aditus ad antrum, c) die Chorda tympani, d) den Nerv. facialis in seinem unteren Theil, e) Gefässe etc. — Da man durch die Methode von K. auch das innere Ohr durchsichtig machen kann, so eignen sich solche, alle Weichtheile enthaltenden Präparate ganz besonders zu Demonstrations- resp. Lehrzwecken, namentlich dann, wenn die Präparate unter eine geeignete Lupenvergrösserung gebracht werden.

20) Bezold (München): Eine Stapesankylose und eine nervöse Schwerhörigkeit mit den zugehörigen Sectionsbefunden.

Im Anschluss an einen im Leben beobachteten Sectionsfall von Stapesankylose, welchen B. 1885 der Gesellschaft süddeutscher und schweiz. Ohrenärzte mitgetheilt hat, berichtet er über einen neuen, analogen, zur Section gekommenen Fall, bei welchem neben langjähriger doppelseitiger Schwerhörigkeit der Rinne-V. mit a' rechts 15, links 13 Sec. ausfiel, die Knochenleitung (mit A geprüft) vom Scheitel trotz des höheren Alters (65 Jahre) um 19 Sec. verlängert war und beiderseits ein grosses Stück vom unteren Theil der Tonscala für die Luftleitung fehlte (beiderseits untere Tongrenze h), ein Symptom, welches sich regelmässig bei Mittelohrsclerose findet. Die obere Tongrenze war rechts auf Galton 6,4, links auf Galton 6,3 verkürzt.

Auf Grund dieses Befundes wurde bereits im Leben die Diagnose auf beiderseitige Stapesankylose gestellt.

Drei Wochen später starb die an einem Carcinoma ventriculi leidende Kranke an einer Pleuropneumonie.

Beide Schläfebeine konnten obducirt werden. Es fand sich zunächst eine bei der ersten Untersuchung noch nicht vorhanden gewesene frische acute Mittelohreiterung ganz leichten Grades, welche als Theilerscheinung der Pleuropneumonie aufzufassen ist. Auf beiden Seiten konnte die vollkommene Unbeweglichkeit des Steigbügels durch die Sondirung bestätigt werden.

Das rechte Schläfebein wurde macerirt. — An dem herumgereichten Präparat, dessen Labyrinthseite entfernt ist, sitzt die Fussplatte fest im Pelvis ovalis. Die knöcherne Vorhofswand in der nächsten Umgebung der Steigbügelfussplatte erscheint uneben, höckerig, unter der Lupe etwas porös und von mehr weissgrauer Farbe, als der umgebende Knochen.

---

[4]) Archiv f. Ohrenheilk. XXXIV. Bd., 3. Heft.

Digitized by Google

Im ganzen vorderen Drittel der Stapesplatte ist ihre Verwachsung mit der Umrandung des Fensters deutlich sichtbar.

Ueber die histologische Beschaffenheit der Ankylose haben Serienschnitte Aufschluss gegeben, zu welchen das andere, linke Schläfebein verwendet wurde.

In der äusseren Labyrinthwand findet sich ein entzündlich veränderter, scharf umgrenzter Knochenkern, welcher die Steigbügelfussplatte grösstentheils umfasst und theilweise auf diese selbst übergreift. Dieser Kern erstreckt sich nach oben bis zum Facialiscanal und dem Canal für die Nerven des Vorhofs und der beiden oberen Ampullen, ferner bis an den Vorhof selbst und zwischen die erste und zweite Windung der Schnecke, wo er überall in grösserer Ausdehnung das Periost erreicht.

Der umgewandelte Knochen besteht zum grössten Theil aus jungem osteoiden Gewebe mit vielen, sehr zellenreichen Markräumen und schliesst zahlreiche vielkernige Riesenzellen ein; da wo dieselben direct unter dem Periost liegen, haben sie vielfach ausgefressene Lacunen im Knochen gebildet. Der kleinere und wahrscheinlich ein älteres Stadium der Umwandlung darstellende Theil des umgewandelten Knochens besteht aus spongiöser Substanz an Stelle der sonst hier vorhandenen compacten Substanz.

An drei Stellen der Fensternische greift der umgewandelte Knochen auf die Stapesfussplatte selbst über und ist mit derselben verwachsen. Die umfangreichste und dickste dieser Verwachsungen nimmt etwas mehr als die vordere Hälfte ihres oberen Randes ein, welcher hier mit seiner tympanalen Seite um das 8—10fache verdickt ist; die anderen beiden Verwachsungen, von denen die eine hinten, die andere unten sich befindet, sind nur durch wenige Schnitte zu verfolgen und nehmen nicht die ganze Dicke des Ringbandes ein.

Der untere Theil der Nische wird ebenfalls zum Theil von umgewandelter, und zwar spongiöser, Substanz gebildet, welche hier eine sehr unregelmässige, stark ausgefressene Umrandung besitzt, so dass das Ligamentum annulare hier um das Mehrfache verbreitert erscheint.

Das Periost des Pelvis ovalis ist stark verdickt und beide Steigbügelschenkel theilweise an der Nischenwand durch derbes Bindegewebe fixirt. Auf der Labyrinthseite der Fussplatte zeigt das Periost keine wesentliche Verdickung.

Auch das Labyrinth zeigt Veränderungen geringeren Grades, als deren wichtigste eine theilweise Nervenatrophie in der ersten Schneckenwindung zu bezeichnen ist. In directer Nachbarschaft des runden Fensters enthält die Lamina spiralis ossea der Schnecke gar keine Nervenfasern, im weiteren Verlauf der ersten Windung besteht eine mässige, sich successive verlierende quantitative Atrophie des Nerven.

Als Gegenstück zu dem obigen theilt B. folgenden Fall von nervöser Schwerhörigkeit mit: Die bereits früher stark schwerhörige 30jährige Patientin hat im Verlauf eines Typhus abdominalis, an dem sie seit ca. 14 Tagen erkrankt ist, eine weitere Verschlechterung ihres Gehörs bemerkt. Die damals, 3 Wochen vor dem Tode, vorgenommene Untersuchung des Ohres ergab beiderseits, abgesehen von einer mässigen Trübung im Umbo, normale Trommelfelle. — Hörweite für

Digitized by Google

Conversationssprache rechts 6 Ctm. („5"), links 0; untere Tongrenze rechts Cis, links D; obere Tongrenze rechts Galton 2,2, links b^1. Auch die stark klingenden Lucae'schen Stimmgabeln c^4 und fis^4 werden bei Verschluss des rechten Ohres nicht gehört. Die mit a' geprüfte Knochenleitung war sowohl vom Scheitel, als von den Warzenfortsätzen aufgehoben, also Rinne a' + t.

Wie aus den mitgetheilten oberen und unteren Tongrenzen hervorgeht, waren auf der linken Seite nur mehr etwas über $1^1/_2$ Octaven vorhanden, welche dem mittleren Theil der musikalisch verwerthbaren Scala angehören. Auf Grund dieser functionellen Untersuchungsergebnisse wurde doppelseitige nervöse Schwerhörigkeit diagnosticirt.

Drei Wochen später starb die Kranke an einem Typhusrecidiv und pyämischer Infarcten in Milz und Lungen. — Nur das linke Ohr konnte untersucht werden. — Auch hier fand sich eine frische Otitis media purulenta acuta noch ohne Durchbruch des Trommelfells, welche erst kurz vor dem Tode als Complication der Allgemeinerkrankung sich entwickelt haben musste; denn bei der 3 Wochen vorher stattgefundenen Untersuchung waren noch keine Spuren von Entzündung vorhanden gewesen. Das Ligamentum annulare mit der Stapesplatte und die Membran des runden Fensters erwiesen sich sowohl bei der manometrischen Untersuchung, als bei der Besichtigung resp. Sondirung als unverändert und normal beweglich.

In der Schnecke fand sich eine ähnliche quantitative Atrophie der Nervenfasern innerhalb der Lamina spiralis ossea, wie im ersten Falle. Dieselbe ist jedoch bedeutend weiter ausgebreitet und stärker ausgesprochen als im vorausgehenden Falle; in der ganzen langen ersten Windung ist die Atrophie eine hochgradige und streckenweise nur einzelne Nervenfasern mehr nachweisbar; in der 2. und 3. Windung ist sie nur stellenweise vorhanden und in der Spitze ist nur mehr bei genauerer Untersuchung eine leichte Verminderung der Fasern erkennbar. Das Ganglion spirale verhält sich dementsprechend. Eine Anzahl weiterer Veränderungen, sowohl im Vorhof, als in der Schnecke, deuten auf entzündliche Vorgänge hin, welche vor Jahren daselbst gespielt und auch die Nervenatrophie veranlasst zu haben scheinen.

Der Sectionsbefund hat somit in beiden Fällen den Voraussetzungen entsprochen. — Die Fixation des Schallleitungsapparates im ersten Fall war bedingt durch eine knöcherne Ankylose der Steigbügelfussplatte, welche einen beträchtlichen Theil des Ligamentum annulare einnahm. — Die als nervös agnoscirte Schwerhörigkeit im zweiten Falle fand wenigstens theilweise ihre anatomische Erklärung durch die Nervenatrophie in der 1. und 2. Schneckenwindung.

Beide Fälle können als weiteres Beweismaterial für die Richtigkeit der Helmholtz'schen Theorie gelten. Allerdings hätten wir im zweiten Fall die gleich vollständige Atrophie wie in der 1. auch in der 3. Windung erwarten dürfen. In dieser Beziehung erinnert B. einerseits daran, dass Veränderungen am Corti'schen Organ (welches gerade im 2. Fall schlecht conservirt war) der Beobachtung entgangen sein können; andererseits wäre auch eine centrale Ursache für den Ausfall des unteren Theiles der Scala denkbar.

Als directer Gegenbeweis gegen die Theorie von Helm-

Digitized by Google

holtz könnte nur eine an der Leiche gefundene Nervenatrophie in einer Strecke der Schneckenscala und andererseits ein früher im Leben constatirtes gutes Hörvermögen in demjenigen Theil der Tonscala betrachtet werden, welcher nach Helmholtz dieser Strecke entspricht.

Beide Fälle illustriren die Nothwendigkeit der Prüfung des Ohres mit der continuirlichen Tonreihe und ferner der Vergleichung von Luft- und Knochenleitung für eine wissenschaftliche Verwerthung der functionellen Untersuchung am Krankenbett und des bei der Obduction sich ergebenden Befundes.[5])

Discussion:

Kessel (Jena) meint, dass die Helmholtz'sche Theorie zunächst durch die Resultate der physiologischen, pathologischen und klinischen Untersuchungen unterstützt werden muss, auch müssen sich die objectiven und subjectiven Empfindungen entsprechen. Die subjectiven Empfindungen bilden mit den objectiven Tönen Summations- und Differenztöne, es entstehen ausserdem beträchtliche Tonlücken bei manchen Patienten bezüglich der unteren Töne, während die anderen Töne normal percipirt werden. Würde die Basilarmembran in allen ihren Punkten gleichartig sein, so könnten die Erscheinungen durch die Helmholtz'sche Theorie vollkommen erklärt werden.

Lucae (Berlin) bemerkt, schon auf dem Londoner Congress im Jahre 1881 einen Fall mitgetheilt zu haben, welcher den diagnostischen Werth des Rinne'schen Versuches nach beiden Richtungen hin bestätigte. Die 90 Jahre alte Frau hörte rechts Flüstersprache nur am Ohr, links nur laute Sprache am Ohr, Rinne war hier rechterseits für $c' +$ (und zwar bis zum Ausklingen), linkerseits hingegen war Rinne —. Bei der Section stellte es sich heraus, dass rechts der Schallleitungsapparat vollkommen normal war, links hingegen Residuen einer abgelaufenen Otitis media suppurativa; nebst diesen Veränderungen fand sich aber auch noch beiderseits Atrophie des Acusticus und des Gehirns vor.

Bezüglich der von Bezold und Kessel vertheidigten Helmholtz'schen Theorie, bemerkt L., dass H. dieselbe für eine entbehrliche Hypothese erklärte und ist auch H. der Ansicht, dass es im Ohre Theile giebt, welche bei äusseren Tönen mitschwingen. L. erwähnt auch den Fall einer Patientin aus der Berliner Ohrenklinik, welche an Pyämie starb und bis 6 Stunden vor dem Tode bei vollem Bewusstsein blieb und den Stimmgabelton c von den Kopfknochen aus stets nach dem durch eitrige chronische Mittelohrentzündung zerstörten linken Ohre localisirte und sogar den Ton c nachgesungen hatte; bei der Section ergab sich eine völlige cariöse Zerstörung des mittleren und inneren Ohres. Beide Schnecken waren mit Granulationsgewebe gefüllt, auch war ein hakenförmiger Sequester des Canalis spiralis ossea eingebettet; ebenso waren auch die übrigen Höhlen des Labyrinthes durch Caries eröffnet und mit Granulationen gefüllt. Der Acusticus hingegen war vollkommen intact. — Die Section war 7 Stunden nach dem Tode

[5]) Bezold demonstrirte auch die von Dr. Scheibe angefertigten Serienschnitte beider oben beschriebenen Schläfebeine.

Digitized by Google

gemacht, die Gewebsmasse der Schneckenhöhle in zahlreichen Schnitten microscopisch auch von Waldeyer genau untersucht, doch wurden keine Spuren der betreffenden normalen histologischen Elemente vorgefunden.

Kessel bemerkt, dass in dem 1. Falle von Lucae eine genaue microscopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde, dass noch Nerven in der Basilarmembran vorhanden gewesen sein konnten, oder aber auch Täuschungen von Seiten der Patientin vorgekommen sein können, um so eher, da doch Projectionstäuschungen und falsche Projectionen bei Ohrenkranken sehr häufig sind.

Hartmann (Berlin) erwähnt in einem Falle von Schneckennecrose (gelegentlich der Naturforscherversammlung in Berlin mitgetheilt) beobachtet zu haben, dass die Stimmgabel vom Scheitel auf der schneckenlosen Seite percipirt wurde. — Dasselbe war für alle Töne der Fall bei einer Patientin, bei welcher H. nahezu das ganze Labyrinth mit dem Meatus auditorius internus als Sequester entfernt hatte. — Nach längerer Zeit untersuchte H. beide Patienten, und es ergab sich hierbei absolute Taubheit auf der labyrinth- und schneckenlosen Seite.

Bezold meint in seiner Schlussbemerkung, dass nur Fälle mit doppelseitiger Ausstossung der Schnecke über die Frage des Hörens entscheidend sein können. In der Literatur sind zwei solche Fälle bekannt (Gruber, Max). Beide Fälle waren absolut taub, Gruber's Fall wurde auch taubstumm. Nur diese Fälle können als beweisend betrachtet werden.

21) Bezold (München): Ein paar Bemerkungen zur continuirlichen Tonreihe.

Seit B. vor 3 Jahren auf der 10. Versammlung süddeutscher und schweizerischer Ohrenärzte seine continuirliche Tonreihe vorgelegt hat, war er bemüht, die mit ihr zu erhaltenden Prüfungsresultate zu sammeln und andererseits die Reihe selbst immer weiter zu vervollkommnen.

Die obere und untere Tongrenze in verschiedenen Altern wurde an 190 normalen Gehörorganen bestimmt; ebenso wurde dieselbe an einer grossen Anzahl kranker Gehörorgane mit verschiedenem Sitz der Erkrankung (im äusseren, mittleren und inneren Ohr) festgestellt.

Tonlücken und Inseln wurden in ungeahnter Häufigkeit, bei einer Untersuchung des Münchener Taubstummeninstituts, gefunden, worüber B. später berichten wird.

Neben anderen Veränderungen, welche eine gleichmässigere Intensität in den verschiedenen Tonhöhen erzielten, wurde vor Allem die Tonreihe bis zu 16 Schwingungen herab verlängert, durch eine grosse Stimmgabel mit 2 Paar Laufgewichten von Appun.

Die ganze Stimmgabel- und Pfeifchenreihe hat bisher an einem grossen Uebelstand gelitten. Die Instrumente von verschiedenen und auch von dem gleichen Fabrikanten boten keine sichere Garantie für Gleichmässigkeit und richtige Tonhöhenbestimmung.

Da hier nur von einem geschulten Fachmann Abhilfe zu erwarten war, so hat sich B. an den Physiker der Münchener Hochschule, Dr. Edelmann, gewendet. Derselbe hat sich bereit erklärt, die Herstellung der ganzen Tonreihe für die Otologen zu übernehmen und die Tonhöhe selbst graphisch zu bestimmen.

Digitized by Google

Von den aus dem bekannten Edelmann'schen physikalisch-mechanischen Institut hervorgehenden Instrumenten dürfen wir die überhaupt erreichbare Zuverlässigkeit und Gleichmässigkeit erwarten.

Wir gewinnen damit die Aussicht, dass künftighin auch Prüfungsresultate verschiedener Autoren, welche mit diesen Instrumenten gewonnen sind, eine Vergleichung unter sich zulassen werden.

Der obere Theil der Tonreihe von dis^2 bis zur oberen Tongrenze im Galtonpfeifchen, bestehend aus einer Stimmgabel $dis^2 - a^2$, einer gedeckten Orgelpfeife mit verstellbarer Mundöffnung und dem Galtonpfeifchen, von Dr. Edelmann, konnten bereits vorgelegt werden; die weiteren, für die Ergänzung der Tonreihe bis zu ihrem unteren Ende nothwendigen 8 Stimmgabeln mit Laufgewichten befinden sich noch in Arbeit.

(Fortsetzung folgt.)

Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten.

Von

C. Ziem[1]).

Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten sind nicht erst in neuester Zeit festgestellt worden. Schon im vorigen Jahrhundert hat G. A. Richter im Widerspruche gegen Scarpa's Ansicht, dass jede Entzündung des Thränenschlauchs von einer Erkrankung der Bindehaut ausgehe, mit Bestimmtheit erklärt, dass die Fistel des Thränenschlauchs von Geschwüren oder Polypen der Nase oder anderen Nasenleiden häufig ihren Ursprung nehme. Selbst Sehstörungen sind bei Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase schon im Jahre 1786 von Welge, bei Tumoren der Keilbeinhöhlen von Mackenzie dem Aelteren beobachtet worden. Peter Frank wie Josef Hyrtl haben bereits vor Decennien den Rath gegeben, eine Ableitung auf die Nasenschleimhaut durch Blutegel oder Scarificationen zu versuchen, nicht nur, mit Vésigné, bei Entzündung des Thränensacks, sondern auch bei anderen, mit schönklingenden griechischen und lateinischen Namen ausgestatteten, ihrer Natur nach aber unbekannten Augenleiden. W. v. Zehender hat in der That bei Entzündung der Aderhaut Blutentziehungen in der Nase, wie es scheint nicht selten, vorgenommen. Die aus der Klinik von Mr. Terson in Toulouse kürzlich emanirten Worte „l'ophthalmologiste consciencieux doit être doublé d'un médecin auriste" sind goldene Worte, richtiger freilich ist es, wenn der Augenarzt selbst zu gleicher Zeit Nasenarzt ist. Auch auf diesem Gebiete muss die Erkenntniss durchdringen, dass es die einzelnen Organe scharf von einander abgrenzende, chinesische Mauern nur in den Köpfen der Ultraspecialisten giebt. Und sie wird durchdringen! In 10 Jahren wird man Augenheilkunde überhaupt nicht mehr treiben können ohne sorgsame und stetige Rücksicht auf Nasenkrankheiten. Obwohl eine genaue und ausgedehnte Statistik über die Häufig-

[1]) Zum Theil nach einem Vortrage im ärztlichen Vereine in Danzig am 14. April d. J.

Digitized by Google

keit des Zusammentreffens von Augen- und Nasenkrankheiten noch nicht existirt, kann doch angenommen werden, dass etwa $^2/_3$ aller Augenkrankheiten von Nasenleiden ausgehen oder durch das Vorhandensein letzterer in ihrer Entwicklung begünstigt werden. Nasenkrankheiten pflanzen sich auf das Auge fort längs der Continuität, längs der Contiguität, längs der Blut- und Lymphgefässe oder längs der Nerven. Den letztgenannten Weg haben einige Autoren für den wichtigsten gehalten, ja fast alle bei Nasenkrankheiten vorkommende Augenleiden für reflectorisch erregte ausgegeben. Sehr mit Unrecht! Es giebt hier nur wenige Affectionen, die auf Reflexvorgänge vorläufig noch bezogen werden müssen, bis die Erkenntniss des Zusammenhangs eine bessere geworden sein wird. Um zu entscheiden, ob die und die am Auge zu beobachtenden Symptome von Nasenleiden ausgehen, hat man empfohlen, eine Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocain vorzunehmen, wodurch die Reflexstörungen zeitweise verschwinden sollen. Doch ist das ebenso unzuverlässig als unter Umständen auch gefährlich, da man durchaus nicht alle am Auge vorkommenden und von Nasenleiden abhängigen Krankheitssymptome durch Cocainisirung der Nasenschleimhaut auch nur zeitweise beseitigen kann, da ferner durch eine derartige Manipulation, durch das plötzliche Verdrängen des Blutes aus den cavernösen Plexus der Nase nach dem Auge oder nach der Regio olfactoria ein schon bestehendes Augenleiden verschlimmert, Anosmie hervorgerufen werden kann u. dergl. mehr. Ob ein vorliegendes Augenleiden mit einem gleichzeitig vorhandenen Nasenleiden irgend welche Beziehung hat oder nicht, das ergiebt sich nur und allein aus dem Erfolge der Behandlung. Die bis jetzt festgestellten Beziehungen sollen im Hinblick auf die einzelnen, das Sehorgan zusammensetzenden Theile der Reihe nach besprochen werden.

1. Längs der Continuität fortgeleitet sind vor Allem die Krankheiten der Thränenwege, Thränenträufeln und catarrhalisch-eitrige Erkrankungen des Thränenschlauchs. Thränenträufeln kommt vor

a) bei Atresie der Nasenmündung des Thränenschlauchs, die auch bei Thieren zuweilen gefunden worden ist;
b) bei Verstopfung der Nasenöffnung des Thränenschlauchs durch Nasenpolypen oder hyperplastische Anschwellung der Schleimhaut, die auch in den Thränenschlauch selbst sich fortsetzen kann;
c) durch hier vorhandene Fremdkörper und Concretionen, wie man solche auch bei Thieren nach dem Eindringen von Grannen und dergl. in die Nase öfters gefunden hat;
d) bei Atrophie des Schwellgewebes im Thränenschlauche, wie sie bei atrophischer Rhinitis wahrscheinlich immer vorkommt und wodurch das Wegfallen eines unter normalen Verhältnissen, durch Abschwellen der Schleimhaut während der Inspiration, die Thränenableitung begünstigenden Momentes bewirkt wird (Landois);
e) bei Compression des Thränennasenkanals von Aussen her durch Exostosen der Nachbarschaft, Hypertrophie der vorderen Siebbeinzellen oder andere Geschwülste der Nasen- und Kieferhöhle;
f) bei Stricturen und Verstopfungen im Verlauf des Duct. lacrymal. oder der Thränenkanälchen, sowie bei Fisteln des Duct. oder Saccus lacrymalis;

Digitized by Google

g) bei Atresie der Choane, bei adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume und bei Gaumenspalten, bei deren Fortbestehen obstruirende Nasencatarrhe zur Heilung nicht gelangen;

h) bei Lähmung oder Parese des Orbicularis bezw. seiner den Thränensack umgreifenden Muskelzüge, wie sie als eine Folge von chronischen Naseneiterungen bei Caries des Mittelohres vorkommt und wodurch die für die Thränenleitung so wesentliche Druckwirkung des Musc. orbicularis beeinträchtigt oder aufgehoben wird;

i) vielleicht auch bei Anschwellung der Schleimhaut nur oder hauptsächlich der Kieferhöhle, so dass vermittelst der Anastomosen der Vasa infraorbitalia zu der unteren Thränendrüse (Quain-Hoffmann) eine stärkere Anschwellung auch der letzteren mit vermehrter Secretion von Thränen eintritt.

Ob es ausserdem noch ein sogenanntes nervöses oder reflectorisches Thränenträufeln bei Nasenkrankheiten giebt, ist sehr fraglich. Genaue Untersuchung der Nase, des Mundes und Rachens mittelst Inspection und Palpation ist zur Erzielung dauernder Erfolge unerlässlich. Sollte die Rhinoscopie einen positiven Befund nicht ergeben, so darf das Vorhandensein eines Nasenleidens doch nicht ohne Weiteres in Abrede gestellt werden. Es muss dann auch noch die Probeausspülung der Nase mittelst der Druckpumpe und lauer, 1procentiger Salzlösung vorgenommen werden, welche im Gegensatze zu der landläufigen Anschauung für das Ohr Gefahr nicht bringt, sofern man nur gutgearbeiteter Apparate sich bedient, die einen continuirlichen Strahl ergeben und gestatten, nur Wasser, aber nicht mit Luftblasen vermischtes Wasser in die Nase einzutreiben[2]), denn bei abwechselndem Eintreiben von Wasser und Luft muss ersteres (und mit ihm in der Nase vorhandener Eiter) natürlich in die Tuba und das Mittelohr hineingeschleudert werden. Selbverständlich wird man das Ausschnauben unmittelbar nach der Einspritzung den Kranken untersagen. Die Durchspülung der Nase zeigt, trotz O. Chiari's Widerspruch, oft das Vorhandensein von Eiter an, der bei vorderer und hinterer Rhinoscopie nicht zu entdecken gewesen war. Die Untersuchung der Umgebung des Ost. nasale des Thränenschlauchs mittelst kleiner, durch den Nasentrichter hindurchgeführter Planspiegel oder prismatischer Spiegel besitzt kaum practischen Werth; will man das Vorhandensein oder die Abwesenheit von Fremdkörpern an dieser Stelle noch besonders feststellen, so fahre man mit einer feinen elastischen Sonde unter das Vorderende der unteren Nasenmuschel hinunter. Die Behandlung des Thränenträufelns ohne Berücksichtigung der Nasen- und Rachenhöhle giebt nur in einer geringen Zahl der Fälle Erfolge und nach einer von Mr. Terson publicirten Statistik leidet die Hälfte aller nur mittelst der Sonden behandelten Personen nach wie vor ebenso oder noch mehr an Thränenträufeln — der beste Beweis übrigens, dass das Vorkommen richtiger Stricturen innerhalb des Thränenschlauchs ausserordentlich überschätzt worden ist.

Andererseits wird in vielen Fällen frisches oder selbst etwas älteres Thränenträufeln, ohne jede Sondenkur, geheilt schon allein durch einige

[2]) Näheres hierüber demnächst.

Digitized by Google

Tage oder Wochen fortgesetzte Durchspülungen der Nasenhöhle oder auch der Oberkieferhöhle mit Salzwasser, wodurch die Abschwellung der Schleimhaut ohne jede weitere Behandlung durch Caustica oder den Galvanocauter sehr oft herbeigeführt und so das der Thränenableitung entgegenstehende mechanische Hinderniss beseitigt wird. In anderen Fällen bringen Bepinselungen der Regio retroauricularis oder genauer: der Regio retrolobularis mit Collodium cantharidatum Nutzen, vermittelst der lymphatischen und venösen Anastomosen dieser Gegend mit den Gefässen des Nasopharynx. Operative Eingriffe an den Thränenwegen selbst und vornehmlich auch die zur Beseitigung eines anscheinend unheilbaren Thränenträufelns von einigen Aerzten etwas sehr freigebig vorgenommene Exstirpation der gesunden Thränendrüse dürften in Zukunft immer seltener werden.

Bei Eiterung des Thränensacks oder Fistelbildung in demselben geht eine Erkrankung der Nase höchstwahrscheinlich immer voraus, die entweder spontan in den Thränenschlauch sich fortgesetzt hat oder nachdem beim Schnäuzen Eiter in denselben hineingeschleudert worden ist. Eine von der Bindehaut aus bedingte Eiterung des Thränensacks gehört zu den grössten Seltenheiten, wenn sie überhaupt jemals vorkommt. Unter 59 Fällen von Krankheiten des Thränenschlauchs hat Josef v. Hasner schon i. J. 1850 51 Mal Krankheiten der Nasenhöhle gefunden; Faravelli und Krüch haben unter 35 Fällen von Erkrankung des Thränensacks 30 Mal Erkrankungen der Nasenhöhle constatirt, J. Michel und Seifert unter 38 Fällen von Dacryocystoblennorrhoe 37 Mal eine Erkrankung der Nase, ähnlich Foucher, Glück u. a. A. In diesen Fällen ist allerdings nicht immer Eiter in der Nase nachgewiesen worden, doch erklärt sich das wohl einfach aus der Unvollständigkeit der Untersuchung, besonders auch aus dem Unterlassen der fundamentalen, allein beweiskräftigen Probedurchspülung der Nase. Denn offenbar ist die gewöhnliche Erklärung über das Zustandekommen der Eiterung des Thränensacks aus einer Ansammlung von einfachem Schleim innerhalb desselben, aus einem sogen. Stauungscatarrh, den heutigen Anschauungen über die Ursachen der Eiterung durchaus nicht entsprechend: es ist bisher nicht mit genügender Schärfe betont worden, dass da rein mechanische Momente nicht genügen, sondern dass ein infectiöses Agens hier mitwirken muss, welches eben nur in der Eiterung der Nase gegeben sein kann. In dieser Weise wird es auch verständlich, wenn P. Silex in Berlin kürzlich erklärt hat, dass in zahlreichen von ihm beobachteten Fällen von Eiterung des Thränensacks die von Nasenärzten vorgenommene Behandlung der Nase einen fördernden Einfluss auf die Heilung nur sehr selten habe erkennen lassen. Soviel aus seiner Mittheilung ersichtlich ist, hat man da vornehmlich Cauterisationen der angeschwollenen Nasenschleimhaut vorgenommen, ohne die Anwesenheit von Eiterungen der Nase oder ihrer Nebenhöhlen auszuschliessen, so dass also die Behandlung durchaus nicht auf der Höhe der Zeit gestanden hat. Bei eitrigem Catarrh des Thränensackes habe ich selbst eine primäre Eiterung der Nase bisher niemals vermisst. Rothlauf, Rötheln, Pocken, Masern, Scharlach, Influenza, Syphilis und wahrscheinlich auch Lupus, Tuberculose und Rhinosclerom werden dem Thränensacke nur dadurch gefährlich, dass eine primäre Localisation derselben im Gebiete der Nase stattfindet,

Digitized by Google

was gegenüber den Lehren der Humoralpathologie schon v. Hasner mit klarem Blicke erkannt hat. Bei combinirter Behandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen einerseits, des entzündeten Thränensacks andererseits durch Sonden und Durchspülungen von oben her mittelst der Druckpumpe und feiner, in den gespaltenen unteren Thränenkanal eingeführter Canülen erlangt man oft überraschend schnelle Heilungen. Man könnte natürlich auch von unten her durchspülen in Anlehnung an die von Gensoul, v. Hasner, Coccius u. A. früher viel geübte Sondirung des Thränenkanals von unten her und an das in der Veterinär-Medicin bei Pferden neuerdings gebräuchliche Verfahren, doch müsste eine Spaltung des Thränenröhrchens oder selbst des Thränensackes auch dann vorausgehen, um einer übermässigen Ausdehnung derselben bei der Durchspülung vorzubeugen. In verwahrlosten Fällen von Eiterung des Thränensackes wird öfters allerdings nichts Anderes übrig bleiben als die Exstirpation desselben, aber es ist die Aufgabe der Zukunft, durch gründliche Behandlung auch der Nasenleiden von Anbeginn an die Eiterung des Thränensacks nicht mehr zu voller Entwicklung gelangen zu lassen.

Einige Worte über die angeblich angeborene Blennorrhoe des Thränensacks bei Neugeborenen seien hier angeschlossen. In einigen Fällen der Art mag es um Stauung des von der Bindehaut gelieferten Secretes wegen Atresie des Thränenschlauchs in der Nase sich gehandelt haben, für einen anderen Theil der Fälle aber, besonders für den mit Fistelbildung complicirten, hat schon Horner eine Fortleitung der Eiterung von der Nase nach aufwärts angenommen. In der That ist auch die während der Geburt durch Aspiration von Eiter aus der Vagina der Mutter erworbene Nasenblennorrhoe keine Seltenheit, analog den Blennorrhoen der Bindehaut, und manchmal mit ihr verbunden. In mehreren Beobachtungen sollen derartige Ectasien durch Saugen der Mütter an der Nase der Kinder beseitigt worden sein; auch bei Erwachsenen ist die Verkleinerung von Ectasien bei tiefer Inspiration und geschlossener Mund- und Nasenhöhle gesehen worden.

Mit Ectasien des Thränensackes dürfen natürlich nicht verwechselt werden von der Stirnhöhle oder von Zahnkrankheiten, mit oder ohne Vermittlung der Kieferhöhle ausgehende und im inneren Augenwinkel durchbrechende Abscesse. Die Ectasien im inneren Augenwinkel bei Tumoren des Siebbeins seien kurz erwähnt.

Fisteln zwischen Kieferhöhle und Thränennasenkanal, innere Thränenschlauchfisteln (v. Hasner) sind sehr selten. In einem Falle von J. Michel wurde im Momente des Schnäuzens der Bindehautsack mit Eiter überschwemmt, doch hätte zur Sicherung der Diagnose eine Einspritzung gefärbter Flüssigkeit in die Kieferhöhle gemacht werden müssen, so wie in einem von mir beschriebenen Falle von Eiterung der Kieferhöhle, der mit einer Orbital-Thränensackfistel combinirt war, die Abwesenheit einer Kieferhöhlen-Thränenschlauchfistel in dieser Weise hat festgestellt werden können.

2. Viele Fälle von Conjunctivitis sind auf Nasencatarrhe zurückzuführen und verschwinden erst mit Beseitigung der letzteren. Es ist eine Chimäre, bei einem alten Bindehautcatarrh, dessen Urgrund in einer Rückstauung des Blutes von Seiten der angeschwollenen Nasenschleim-

Digitized by Google

haut her besteht, die abnorme Gefässfülle dadurch vermindern zu wollen, dass man adstringirende Substanzen, Zink, Silbernitrat, Alaun, Borax oder was auch immer auf die Bindehaut applicirt. Derartig chronische und chronisch behandelte Fälle sieht man in grosser Zahl und muss dann immer auf's Neue über die Macht der Gewohnheit erstaunen. Auch die auf Erkältung gewöhnlich zurückgeführte Conjunctivitis ist mit einem schon vorher bestandenen, eitrigen, durch die Erkältung aber verstärkten Nasencatarrh meistens verbunden und wird öfters ohne jede Behandlung des Auges selbst schon allein durch Durchspülungen der Nase mit Salzwasser geheilt. Hierher gehören besonders auch die sogen. scrophulösen Augenentzündungen. Was ist Scrophulose? Langwierige, in der üblichen Weise, auch mittelst des famosen Leberthrans nicht zu heilende Augenentzündungen hat man für „scrophulöse" erklärt in einer Zeit, wo es eine Rhinologie noch nicht gegeben hat. Die Scrophulose geht in der Naseneiterung auf: alle Symptome der Scrophulose sind nur Wirkungen eines der Nase entstammenden Eiters, der entweder längs der Continuität auf den Thränenkanal, das Mittelohr, den Rachen und Kehlkopf, auf den Naseneingang und die Lippen übergeht, oder auf dem Wege der Metastase in den übrigen Körper, in die Lymphdrüsen besonders des Halses, in die Haut der Wange und des Kopfes, in die Knochen und Gelenke verschleppt wird. Allerdings hat man, dem Zuge der Zeit folgend, auch für die Conjunctivitis phlyctaenulosa und trachomatosa angeblich specifische Pilze demonstrirt, doch ist damit für die Praxis nichts gewonnen. Derartigen Bestrebungen wird Jeder abgeneigt sein, der gesehen hat, dass Kranke, die Jahre lang, 7 Jahre und länger, an „scrophulöser" Augenentzündung behandelt worden, öfters in ebensoviel Tagen geheilt werden durch Behandlung oder Beseitigung eitriger Catarrhe der Nase, der Kieferhöhle, des Rachens oder einer Atresie der Choane, durch Entfernung hyperplastischer Rachen- und Gaumentonsillen, durch Verschliessung von Gaumenspalten u. dergl., und dass sie seit dieser Zeit, seit 14 Jahren und länger, ohne Rückfall geblieben sind. Die scrophulöse Augenentzündung ist überall heilbar, wo etwas Verständniss für Rhinologie, eine gute Nasenpumpe und frische Luft vorhanden ist, Wein und besonders Bier gemieden wird. Die örtliche Behandlung des Auges ist meistens eine sehr einfache und kann sich oft beschränken auf Ausschwemmungen des Auges mittels der Druckpumpe und schwacher Salzlösung und Application eines lange kühl bleibenden Verbandes, während in anderen Fällen noch eine Ableitung auf die Regio retrolobularis (siehe oben) durch Collodium cantharidatum nothwendig wird. In Rücksicht auf das öfters zu beobachtende Anschwellen einer kleinen Lymphdrüse unmittelbar vor dem Ohre, bei Trachom der Bindehaut, bei Abscessen des Oberlides und Eiterung der Stirnhöhle, könnte eine derartige Bepinselung wohl auch in der Regio praeauricularis versucht werden.

Auch Trachom der Bindehaut ist mit einer primären Eiterung der Nase sehr oft verbunden, die bei einfacher Inspection allerdings nicht immer nachweisbar und daher auch Herrn E. Berger in Paris entgangen ist. Es ist verkehrt, das Trachom nur als eine contagiöse Krankheit aufzufassen und den oft so deutlichen miasmatischen Character desselben zu bestreiten, der in den Niederungen der Flüsse, des Nil, des Rhein, der Weichsel, der Donau u. s. f., in den sumpfigen Gegenden von Livland und

Digitized by Google

anderwärts so augenscheinlich hervortritt und das Trachom als einen Genossen der Malariafieber kennzeichnet. Es giebt Personen, welche in der Niederung jedesmal von Trachom ergriffen werden, im Hochgebirge dann von selbst gesundend. Auch kann durch Austrocknen von Sümpfen und Niederlegen dumpfer, ungesunder Stadtviertel (J. Jacobson) die geographische Ausbreitung des Trachom sehr eingeschränkt werden. Ferner gehen nach den Mittheilungen Klunzinger's der im Juni jeden Jahres beginnenden Trachom-Periode in Egypten verbreitete Schnupfen-Krankheiten voraus und auch nach meinen Beobachtungen leiden sehr viele Trachomkranke Egyptens an eitrigem Schnupfen. In allen diesen Fällen wird das Virus des Trachom wahrscheinlich von der Nase aufgenommen, um nun längs des Thränennasenkanals nach aufwärts sich fortzusetzen: Ectasie des Thränensacks, die Nieden so und so oft gesehen, braucht durchaus nicht vorhanden zu sein. Es giebt auch Kranke mit nur einseitigem Trachom und Eiterung nur einer, derselben Nasenseite. Ferner kann das Trachom nur auf einer Uebergangsfalte, entweder der oberen oder der unteren, sich localisiren, wie z. B. nach einer Statistik von Raehlmann 42 trachomkranke Augen 32 Mal ausschliessl. ein Trachoma inferius, 1 Mal ein Trach. superius und 9 Mal ein Trach. inf. et sup. zeigten. Bei einer Reihe von Trachomkranken meiner Praxis, auch bei solchen, die mit Excision der Uebergangsfalten anderwärts schon behandelt waren, fanden sich Eiterungen der Kieferhöhle z. Th. hohen Grades vor, bei mehreren in Verbindung mit Nasenpolypen, bei anderen wahrscheinlich eine Eiterung auch der Stirnhöhle. Es ist von grosser Wichtigkeit, diesem Zusammenhange weiter nachzuspüren, besonders auch mit Rücksicht auf die Anastomosirung der die Stirnhöhle versorgenden Vasa nasofrontalia zu den Blutgefässen des Oberlides und der die Kieferhöhle mit versorgenden Vasa infraorbitalia zu den Blutgefässen des Unterlides: denn eine Stauung vorwiegend in dem einen oder dem anderen Gefässgebiete wird die Localisation des Trachom sei es am oberen, sei es am unteren Lide vielleicht verständlich machen. Es ist Zeit, dass man auch auf diesem Gebiete über die symptomatische Behandlung mit Aetzung und Excision der Uebergangsfalten hinauskommt. Auf Erkrankung der Stirnhöhle ist vielleicht auch der von Ed. Meyer u. a. A. öfters beobachtete fieberhafte Zustand und das Auftreten von Kopfschmerzen beim Ausbruche von Trachom zu beziehen. (Schluss folgt.)

Kehlkopfschemata.

Von

Dr. **Curt Demme**, Berlin.

Es ist immer das Bedürfniss vorhanden gewesen, bei der Führung von Krankenjournalen, besonders in der Laryngologie, durch Zeichnungen die Beschreibung des Krankheitsfalles deutlicher zu machen. Vor Allem werden etwaige Veränderungen an Grösse, Umfang und Dicke bei dem Vergleich mit einer Zeichnung sofort mit einem Blicke unterschieden, und zwar sicherer und genauer, als mit langathmigen Beschreibungen. Nun ist aber nicht die Hand jedes Arztes geschickt, Zeichnungen zu

Digitized by Google

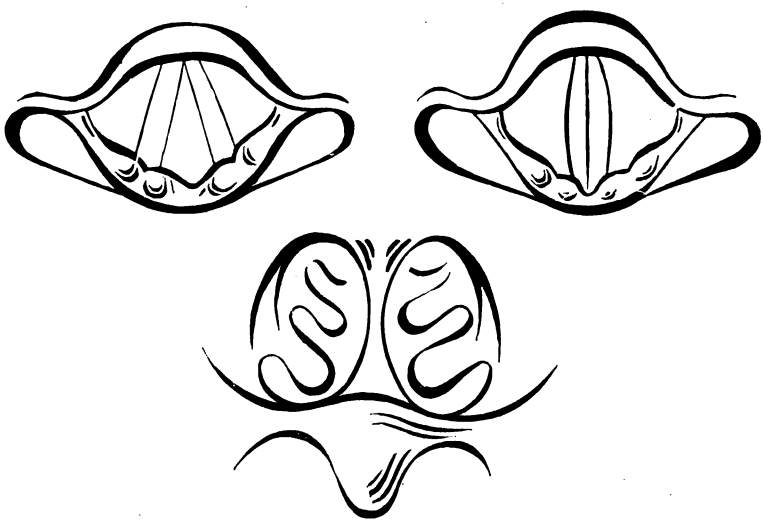
entwerfen; man hat darum Schemata erfunden, denn in solche lassen sich die Befunde auch von ungeübter Hand leicht und richtig einzeichnen.

So hat man Schemata in Form von Büchern gemacht, aus denen die Blätter geschnitten oder gerissen wurden, um dem Krankenjournal angeheftet zu werden. Oder man hat kleine gummirte Papierstücke mit den Vorzeichnungen bedruckt: diese wurden in die Journale eingeklebt und nun gemäss dem Befunde geändert.

Diese Idee hat man vielfach in guten und schlechten Zeichnungen variirt. Zumeist sind diese Schemata durch zu grosse Ausführlichkeit und vor Allem dadurch, dass sie zu viel des Details und der Schattirung haben, undeutlich und unbrauchbar.

Dann haben sie einen grossen Nachtheil durch die Umständlichkeit ihrer Befestigung. Ehe man sich entschliesst, einen Bogen einzuheften oder einzukleben, lässt man die Zeichnung lieber ganz fort, zumal bei dem Schnelligkeit fordernden Betrieb grösserer Polikliniken. Dann löst sich der Gummi oft und die Schemata mit den Befundeinzeichnungen liegen zwischen den Blättern der Krankenjournale, werden verloren, oder aber gar nicht oder — noch schlimmer — unrichtig und an falsche Stellen zurückgeklebt.

Ich habe, um diesem Mangel abzuhelfen, versucht, ein einfaches, schnell an jedem Orte des Krankenjournals anzubringendes Schema zu entwerfen, in Gestalt eines Kautschukstempels [1]). Ich habe zunächst drei



anfertigen lassen, gemäss dem allgemeineren Bedürfniss, zwei für den Kehlkopf, eines bei Glottisschluss, eines bei Glottisöffnung, und ein drittes für die Befunde der hinteren Rhinoscopie.

---

[1]) An der Klinik Prof. Gruber's in Wien sind solche Kautschuk-Stampiglien für Trommelfellzeichnungen lange im Gebrauch und haben sich bewährt.

Digitized by Google

Die Zeichnungen sind mit kräftigen Strichen, ohne Ausführung oder Schattirung entworfen, und zwar habe ich mich bemüht, die Höhen und Tiefen einfach durch grössere oder kleinere Stärke der Linien zu bezeichnen.

Die Platten sind an je einem kleinen handlichen Holzgriff angebracht, der zur Bezeichnung der Unterseite einen kleinen Metallknopf auf einer Seite trägt.

Diese drei Stempel werden von der Firma C. Homuth, Berlin, Stralauerstrasse 43, hergestellt und sind in einem kleinen einfachen Holzkästchen, in dem sich auch die Farbunterlage befindet, handlich untergebracht.

Der Preis für die drei Stempel beträgt 7,50 Mk.

Ich glaube, dass diese Kehlkopfschemata einen Vortheil haben, weil sie sich ohne Mühe und Umständlichkeit leicht an jede Stelle des Textes der Krankengeschichte auf dasselbe Papier, also mit Ausschluss der Möglichkeit der Ablösung und des Verlorengehens, anbringen lassen und die Befunde leicht in diese einfachen Zeichnungen eingetragen werden können.

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber die Anwendung einer 3procentigen Chromsäurelösung gegen chronische Mittelohreiterung. Von Privatdocent Dr. Katz in Berlin. (Therapeutische Monatshefte 1893, Juli.)

Verf. empfiehlt in obigem Aufsatze als einer vorläufigen Mittheilung die Anwendung einer 3procentigen Chromsäurelösung bei jenen Fällen chronischer Mittelohreiterung, wo auch die caustischen Höllensteinlösungen ihre Anwendung finden, also bei grosser Perforation, ohne Complication mit cariösen Processen, bei stark gewulsteter, granulöser Paukenhöhlenschleimhaut. Den Effect obiger Lösung stellt K. über den der bis jetzt gebräuchlichen medicamentösen Behandlung. Vor der Anwendung wird zunächst das Ohr durch Ausspritzen, Politzer'sches Verfahren etc., gründlich gereinigt, alsdann werden 6—8 Tropfen der Lösung mittels einer Pipette eingeträufelt, durch Druck auf den Tragus in die Mittelohrräume gepresst und circa 2 Minuten darin gelassen, darnach wieder eine lauwarme Wasserinjection (Vermeidung von Wäscheflecken!); Ohrverschluss durch langen Wattepfropf. Nach 1 oder 2 Tagen erneute Untersuchung; je nach der Wirkung wird die Application 3—4mal wöchentlich wiederholt; meist zeigt sich nach der 3. Einträufelung auffällige Abnahme der Eiterung und Abschwellung der Schleimhaut, in einzelnen Fällen konnte K. nach 3 Wochen vollständige Vernarbung der Perforation constatiren. Schmerz trat nur ausnahmsweise und in leichtem Grade auf; bei Kindern wurde das Mittel nicht angewandt, da hier auch bei 3procentiger Concentration beim Verschlucken Vergiftungserscheinungen auftreten könnten. Keller.

Digitized by Google

Erkrankung des Ohres bei Influenza. Von W. Kosegarten in Kiel. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXIII, Heft 3 u. 4.)

Bei den letzten Influenza-Epidemieen ist dem Autor bezüglich der begleitenden Ohrerkrankungen die Thatsache aufgefallen, dass die Entzündung ausserordentlich häufig ausschliesslich oder vorwiegend im Kuppelraume der Paukenhöhle ihren Sitz hatte. Dass diese Beobachtung von anderen Seiten nicht gemacht worden sei, führt K. auf den Umstand zurück, dass sich die Krankheit an verschiedenen Plätzen verschieden geäussert habe; so seien ihm z. B. die andernorts so häufig beobachteten Trommelfellblutungen nicht vorgekommen. Eine Erklärung für das häufige Auftreten der Entzündung im Kuppelraum weiss K. nicht anzugeben, glaubt aber weniger an eine Fortleitung vom äusseren Gehörgange, als von der Tuba her. — Der Ausgang der Entzündung war durchweg der in völlige Genesung, wenngleich oft erst nach längerer Zeit. Keller.

Das Fortschreiten von Krankheiten der Paukenhöhle durch den carotischen Canal in die Schädelhöhle. Von O. Koerner in Frankfurt a. M. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXIII, Heft 3 u. 4.)

K. sieht es mit Recht als befremdend an, dass bei den nahen Beziehungen, welche zwischen carotischem Canal und Paukenhöhle bestehen, im Allgemeinen so wenig von Uebertragung von Entzündungen aus der Paukenhöhle auf den Canal und durch diesen auf das Schädelinnere verlautet. Indem er aber dieses Wenige, welches zudem noch grösstentheils in der ausländischen, nicht otologischen Literatur sich vorfindet, zusammenstellt, springt die Bedeutung des Gegenstandes selbst deutlich genug hervor und dürfte eine grössere Beachtung bei Sectionen künftighin wohl beanspruchen. — Während Gruber schon bei einfacher eitriger Otitis media ohne Knochenerkrankung wiederholt im carotischen Canal eitriges Exsudat constatirte, führt das Eindringen des Eiters nach cariösen Defecten in der knöchernen Canalwand zu Entzündungen und Thrombosen des in dem Canal enthaltenen Lymph- und Venenplexus sowie der Carotis selbst. Barker vermuthet, dass das nicht seltene Vorkommen von Stauungspapille bei einfacher Ohreiterung ohne intracranielle Complicationen auf eine entzündliche Lymphstauung im carotischen Canal zurückzuführen sei, indem die vom Auge und Sehnerven herstammenden Lymphgefässe durch denselben den Schädel verlassen. Desgleichen kann eine entzündliche Thrombose des Venenplexus im carotischen Canal zu Thrombose des Sinus cavernosus führen. Zwei Fälle von Styx (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XIX, pag. 244) und dem Referenten (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde 1888, 6), welche dabei auch eine Lähmung des durch den carotischen Canal verlaufenden Abducens beobachteten, werden in dieser Weise gedeutet. — Neben eitriger Infiltration der Carotiswand wurden durch Habermann Tuberkel in der Adventitia der Carotis constatirt und dadurch die Annahme Pitt's, dass die Tuberculose sich von der Paukenhöhle längs der Gefässe auf die Pia fortpflanzen könne, sehr wahrscheinlich gemacht. Sodann bespricht K. die beschriebenen Fälle von Hirnembolie in Folge von Thrombose der Carotis bei Mittelohreiterung und Schläfenbeincaries. Die Arrosion der Carotiswand mit tödtlicher Blutung ist literarisch am meisten bearbeitet und in Folge dessen am besten bekannt geworden. Keller.

Digitized by Google

Die Percussion des Warzenfortsatzes, nebst Mittheilung eines neuen Falles von diabetischer Caries dieses Knochens. Von O. Körner und R. von Wild in Frankfurt a. M. (Zeitschrift für Ohrenheilk. XXIII, Heft 3 und 4.)

Die beiden Autoren empfehlen behufs frühzeitiger Erkennung von Knochenerkrankungen im Warzenfortsatze die Percussion desselben, und zwar auf Grund zweier Beobachtungen, wo die erkrankte Seite im Vergleich zum gesunden Processus Schalldämpfung ergab bei völlig intacter Weichtheilbedeckung. Wesentlich ist die Deutung des Percussionsergebnisses im Sinne der Lücke'schen Knochenpercussion, demzufolge nicht der Luftgehalt der Warzenfortsatzzellen die Ursache der Schalldifferenz bildet, vielmehr lediglich die Erkrankung des Knochens selbst die Dämpfung bedingt; zu dieser Erkenntniss wurden die Autoren durch eine Reihe an der Leiche vorgenommener Experimente geführt. Die Percussion geschieht mittels eines kleinen, an langem, federnden Stiele befestigten Stahlhämmerchens; die bedeckenden Weichtheile müssen unverändert sein, selbst ein Jodanstrich oder vorherige Application eines Vesicatoriums modificirt den Schall; einseitige Trommelfellperforation oder Eiteransammlung in der Paukenhöhle sind dagegen ohne Einfluss auf den Percussionsschall. Keller.

Ueber den diagnostischen Werth der Percussion des Warzenfortsatzes. Von S. Moos. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. XXIV, Heft 1 und 2.)

M. ist auf Grund wiederholter Prüfungen zu der Ansicht gelangt, dass die diagnostische Verwerthung der von Körner und von Wild empfohlenen Percussion des Proc. mast. nur bei positiven Resultaten von Bedeutung ist, dagegen bei mangelnder Dämpfung nichtsdestoweniger eine Erkrankung des Warzenfortsatzes bestehen kann. Einen einschlägigen Fall von beträchtlicher Knochennecrose und Empyem führt M. als Beispiel an. Keller.

---

b) Rhinologische:

Nase und Mund als Respirationsorgane. (Le nez et la bouche comme organes de la respiration.) Von Dr. W. Schutter. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Verf. erwähnt die Experimente von Aschenbrodt, Kayser und Bloch und giebt seine Resultate, welche er bei einem Kranken, der mit der Trachealcanüle oberhalb des Sternums athmete, trotzdem er nöthigen Falles durch Nase, Mund, Larynx und Trachea athmen konnte. Der Kranke war linksseitig laryngectomirt worden wegen localer, tuberculöser Erkrankung. Verf.'s Experimente kommen darauf hinaus, dass das Nasalathmen vorzuziehen ist. Dr. P. K.

Europhen bei Hals- und Nasenleiden. (L'europhène dans les affections de la gorge et du nez.) Von Dr. Chappell. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Wirkt antiseptisch und hämostatisch. Besonders bei Ozaena zu empfehlen: Am Morgen nimmt Patient eine Nasendouche von ½ procentiger Creolinlösung und der Arzt bläst ihm nachher Europhen ein; Abends

Digitized by Google

pinselt man eine Salbe von Europhen und Vaselin ein: 8 Gramm zu 30 Gramm. Es entsteht Hypersecretion, welche nachher geringer und wässeriger wird; schliesslich bleibt die Mucosa geröthet und etwas geschwellt. Dr. P. K.

Adenoide Vegetationen beim Kinde. (Les végétations adénoides chez l'enfant.) Von Dr. Halsted. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Von 144 Kindern, welche geistig zurückgeblieben, hatten 23, d. h. 20,1 pCt., exquisites Mundathmen mit adenoiden Vegetationen. Von 154 Waisenkindern hatten 40, d. h. 26 pCt., dasselbe Uebel. Von 268 Kindern hatten also 63, d. h. 23,7 pCt. Nasenobstruction durch adenoide Vegetationen, 32 hatten zugleich Mandelhypertrophie, 29 hatten zugleich Verstopfung des vorderen Nasentheiles. Verf. gebraucht immer bei der Operation Aether zur Narcose. Dr. P. K.

Empyem des Sinus maxillaris nach totaler Tamponade der linken Nasenhöhle. (Empyème du sinus maxillaire consécutiv au tamponnement total de la fosse nasale gauche.) Von Dr. Gellé. (Archives de laryngol. etc. Bd. VI, No. 3, Mai—Juni 1893.)

Bei einem 60jähr. Arthritiker wurde zur Stillung einer linksseitigen, sehr profusen Nasenblutung die betreffende Nasenhöhle mittelst Charpie austamponirt. Der Tampon blieb, da Patient die Herausnahme aus Furcht vor erneuter Blutung verweigerte, über 10 Tage liegen. Fötider Geruch, Frost, Temperatursteigerung bekundeten den Eintritt einer Infection. Endlich Entfernung des Tampons, desinficirende Ausspülungen. Hierauf Nachlass des Fiebers, aber Fortdauer muco-purulenten Ausflusses. Bald traten lebhafte Gesichtsschmerzen um die Orbita hinzu, erneutes Fieber, Anschwellung der linken Wange, Oedem des unteren Augenlides. Dieser Zustand währte 8 Tage, bis eine abermalige gründliche Ausspülung einen entsetzlich stinkenden Stöpsel und eine Fluth putrider Flüssigkeit aus der linken Nasenhöhle herausbeförderte. Hierauf entschiedene Besserung, indessen dauerten die Krankheitserscheinungen noch lange Zeit fort, und selbst ein Jahr darauf konnte noch Ausfluss constatirt werden. Patient entzog sich weiterer Beobachtung. Beschorner.

Ueber maligne Tumoren der Nasenscheidewand. (Des tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. A. Gouguenheim und Dr. Hélary. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Selten primär. Verf. haben zwei exquisite Fälle beobachtet und geben deren genaue Beschreibung mit microscopischen Zeichnungen. Der Häufigkeit nach theilt man die bösartigen primären Geschwülste der Nasenscheidewand in Epitheliome, Sarcome und Carcinome ein. Erstere und letztere kommen nur in vorgerücktem Alter, die Sarcome meist bei jugendlichen Individuen vor. Gleich häufig bei beiden Geschlechtern; die Erblichkeit scheint eine gewisse Rolle in der Aetiologie zu spielen, alle sonstigen angegebenen ätiologischen Momente sind nicht zutreffend. Verff. beschreiben die pathologische Beschaffenheit dieser drei Arten von

Digitized by Google

malignen Tumoren nebst ihren Unterabtheilungen. Der Beginn des Leidens ist schleichend, und bildet das Nasenbluten gewöhnlich das erste auffallende Symptom; letzteres ist characteristisch. Erschwertes Nasalathmen bis zum totalen Nasenverschluss mit dessen Einfluss auf Gesichtsausdruck, Sprache und Athmen. Fötider Ausfluss, Neuralgien. Rhinoscopie führt zum Ziele; besonders auffallend ist das Bluten bei der leisesten Berührung mit der Knopfsonde, mittelst welcher man die totale Unbeweglichkeit, sowie die sehr breite Insertion des Tumors feststellt. Zerstörung der Nasenscheidewand, Schwerbeweglichkeit des Gaumensegels, stetes Wachsen aller Symptome mit ihren schlimmen Folgen; in vielen, jedoch nicht in allen Fällen Drüsenschwellung der Unterkieferwinkelgegend. Der Verlauf ist verhältnissmässig schnell. Das Sarcom, namentlich das myeloide Sarcom verläuft langsamer. Die Diagnose im Beginne des Leidens ist von der grössten Wichtigkeit; nebst den oben erwähnten Symptomen bleibt das Microscop das Haupthilfsmittel. Hämatome, Abscesse, Fremdkörper, Schleimpolypen, Nasenrachenpolypen sind leicht differential zu unterscheiden; das Adenom kann damit verwechselt werden, ebenso das Papillom. Syphilis, Tuberculose, Lupus werden mittelst Microscop leicht erkannt. Käsige Rhinitis, Angiome, Osteome, Enchondrome sind leicht zu unterscheiden. Das Rhinosclerom allein ist schwer zu unterscheiden. Die 3 Arten von maligner Neubildung unterscheiden sich leicht unter sich durch die microscopische Untersuchung. Die Prognose ist immer schlimm. Die chirurgische Behandlung nach Desinfection und Cocainisirung ist die einzig richtige; die Nachbehandlung besteht in Aufpinseln von Camphornaphtol; Thermocauter, Galvanocauter, Antipyrin, Jodoformgaze werden mit Erfolg angewandt.

Dr. P. K.

Krebstumor im Nasenrachenraum. Uebergreifen auf das Os sphenoideum. Lähmung aller linksseitigen Kopfnerven mit Ausnahme der Nervi olfactorius und opticus. Tod an Meningitis. (Tumeur carcinomateuse de l'arrière cavité des fosses nasales. Envahissement du sphénoide. Paralysie de tous les nerfs craniens du côté gauche, sauf l'olfactif et l'optique. Mort par méningite.) Von Dr. B. Lyonnet und Dr. C. Régaud. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 3.)

Ein 37jähriger Landmann war an oben genannten Symptomen zu Grunde gegangen. Verff. kommen nach genau ausgeführter Section zu folgenden Schlussbemerkungen: 1) Ein von den Pharynxdrüsen ausgehendes Carcinom ist selten, so selten, dass es in den Handbüchern nicht erwähnt wird; 2) die Diagnose war schwer: das Nasalathmen war normal, die Digitaluntersuchung ergab ein negatives Resultat; man stellte die Diagnose auf einen Basilartumor; 3) das Uebergreifen auf die Kopfknochen war natürlich; dieses fand wahrscheinlich durch das Foramen lacerum anterius statt; 4) im gegebenen Moment fand Autoinfection des Tumors statt. Die Entzündung ging auf die Gehirnhaut über; die Lähmung der Nerven fand viel mehr durch diese Infection, als durch den Tumor selbst statt.

Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Die vollständige Verwachsung von Gaumensegel und Pharynx. (La soudure complète du voile du palais et du pharynx.) Von Dr. A. Cartaz. (Arch. internat. de Laryngologie etc. VI. Bd., No. 2, März-April 1893.)

Kurzer Rückblick auf die Geschichte des Krankheits-Zustandes, welcher fast immer der Syphilis seinen Ursprung verdankt, wohl aber auch durch Diphtherie, Scrophulose, Lupus, Rhinosclerom bedingt sein kann, wie C. an Beispielen anderer Autoren und nach seiner eigenen Erfahrung nachweisen kann; in letzteren Fällen indessen ist die Verlöthung selten eine vollkommene. — Die Erscheinungen der Affection sind die bekannten, die Respiration, Phonation, Deglutition, den Geruch und das Gehör betreffenden und erheischen bei totaler Verwachsung dringend operatives Eingreifen; leider ist ein solches äusserst schwierig, der Erfolg selten dauernd und in vielen Fällen beschränkt sich das therapeutische Vorgehen auf Beschaffung einer Perforationsöffnung durch die Gewebe nach dem Nasenrachenraum zu, welche die Möglichkeit einer Dilatation mittelst Sonden gestattet, zumal da, wo es sich um narbige Stränge, um fibrinöses Gewebe, um feste Verwachsungen des Pharyngo-nasal-Raumes handelt. Beschorner.

Ueber einen Fall von Mandelsarcom. (Note sur un cas de sarcome de l'amygdale.) Von Dr. Marcel Lermoyez. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Die bösartigen Mandeltumoren sind bei Weitem nicht so selten, als man früher, namentlich in England, annahm. Das Sarcom, als wenig schmerzhaft, langsam verlaufend, ist das häufigste; darnach kommt das Epithelioma, welches Anfangs schleichend, später aber schnell verläuft; dann folgt das Lymphosarcom, welches rasch und sehr bösartig verläuft. Die Diagnose dieser Abtheilungen der malignen Tumoren ist von der grössten Wichtigkeit. Das Microscop ist dazu das beste, jedoch nicht ein unfehlbares Mittel; die von den Autoren angegebenen klinischen Symptome sind bei Weitem nicht so zuverlässig. Die microscopische Untersuchung muss mehrmals wiederholt werden. Dr. P. K.

Fall von primärem Pharynxlupus. (A case of primary Lupus of the Pharynx.) Von Dr. Wright. (Medical News, 9. Januar 1892.)

17jähriger Patient, nicht hereditär belastet, ohne Hautlupus, zeigt lineare Narben an der hinteren Pharynxwand und eine enorm hypertrophische, bis zur Dicke der distalen Phalanx des Mittelfingers aufgetriebene Uvula. Die microscopische Untersuchung der mit der kalten Schlinge entfernten Uvula ergiebt tubercul. Gewebe ohne Bacillennachweis. Später, wo auch Verdickung der Epiglottis und einige Tuberkel der linken mittl. und unteren Muschel bestehen, ergiebt eine Tuberculininjection characteristische Reaction. W. spricht sich in der Folge gegen die Identität von Tuberculose und Lupus aus. Kahn.

Digitized by Google

Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus im Pharynx. (Sur la persistance du bacille de Loeffler dans le pharynx.) Von Dr. Thobiesen. (Nordiskt med. Archiv und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

In 46 Diphtheritisfällen fand Verf. 24 Mal bei ihrem Austritt aus dem Spital noch Diphtheritisbacillen, während der Pharynx ganz gesund erschien. Verf. glaubt, dass dieses Fortbestehen des Bacillus von seiner Fortpflanzung auf die Choanen herrührt. Dr. P. K.

Maligne Neubildungen der Tonsille mit Bericht über 10 Fälle; Statistik und Literatur. (Malignant disease of the Tonsils, with ten illustrative cases; the statistics and the bibliographie of the subject.) Von Newmann. (The American Journal of the med. Sciences, Mai 1892.)

2 Fälle von Sarcom, der eine ein eingekapseltes Spindelzellensarcom (im Centrum Rundzellen) der linken Tonsille; Operation vom Munde aus. Kein locales Recidiv nach 5 Jahren. Später ein zweites Sarcom der r. Tonsille. Tod in Folge von Hämorrhagie und Erschöpfung. Der zweite Fall betrifft ein Lymphosarcom der r. Tonsille. Keine Operation. Tod nach 5 Monaten in Folge Hämorrhagie und Erschöpfung. Es folgen dann 8 Fälle von Carcinom eigener Beobachtung, darunter 2 Carcinome der Tonsille und des weichen Gaumens, die sich auf dem Boden von Gumma und syphilit. Ulcerationen entwickelt hatten, ferner 6 Fälle von Epitheliom der Tonsille. N. giebt einen historischen Ueberblick über die Operationsmethoden. Bei beschränkter Ausdehnung und Nichtergriffensein der Lymphdrüsen empfiehlt er die Operation vom Mund aus bei hängendem Kopf (I. Fall wurde so operirt). In 144 gesammelten Fällen wurde nur 56 Mal operirt. Verf. betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose, eventuell durch Probeexcision. Kahn.

Lähmung der äusseren Spanner der Stimmbänder. (Paralysie des tenseurs externes des cordes vocales.) Von Dr. Caillé. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Nach einer Erkältung entstanden mit den characteristischen Symptomen. Am dritten Tage entstand allgemeine Thyroiditis mit Dyspnoe durch Druck auf die Trachea hervorgebracht; Thyroiditis heilte, aber die Lähmung bestand fort. Dr. P. K.

Lähmung eines Stimmbandes. Primärer Lungenkrebs und Tuberculose. (Paralysie d'une corde vocale. Cancer primitif du poumon et tuberculose.) Von Dr. Gustave Geley. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 1.)

Seltene Fälle. Verf. giebt die genaue Krankengeschichte eines 56jährigen Mannes, welcher mit Stimmlosigkeit in's Spital trat. Sehr lehrreich ist die Obduction: Totale und sehr feste Verwachsung der linken Lunge mit der Umgebung, dem Pericardium, der Trachea, dem Oesophagus und den grossen Gefässen; sehr verdickte, verhärtete, speckartige Pleura. Die obere Hälfte der linken Lunge ist in eine harte, holzartige Masse umgewandelt, speckartig aussehend, hier und da erweichte Stellen zeigend, an einzelnen Stellen schwarze Flecken von der Grösse

Digitized by Google

einer Haselnuss. Die untere Lungenhälfte bildet eine sehr harte, schwarze Masse, schwer durchschneidbar, von Granulationen durchsetzt, im Wasser untersinkend; das Neoplasma geht in alle Nachbarorgane über, namentlich bildet es um die Aorta einen einschnürenden harten Ring; in ihrem Innern aber sind alle diese Organe unverändert. Kein Klappenfehler. Rechte Lunge emphysematös, ohne Krebs und ohne Tuberculose. Thorax selbst normal; keine Ganglienschwellung, überhaupt keine Generalisation des Krebses. Alle sonstigen Organe des Körpers intact. Früher hatte ein Hautkrebs bestanden. Das Microscop ergab Skirrhus mit engem, fibrösen Stroma, welches grosse, unregelmässig geformte, dickwandige Alveolen umgiebt; die Präparate sahen dem alveolen Gewebe der Lungen gar nicht ähnlich. Die meisten Alveolen sind leer, weil die Krebszellen leicht zerstörbar sind; letztere sind polymorph, mit dicken, die Farbstoffe leicht aufnehmbaren Kernen versehen. An etlichen Stellen findet man im Stroma selbst einzelne oder gehäufte Krebszellen. Die untere Hälfte der Lunge zeigt unter dem Microscop die unzweideutigsten Zeichen der Tuberculose: Riesenzellen, tuberculöse, peribronchitische Knoten etc. etc.; die Pleura ist auch hier verdickt, fibrös, mit von Blut strotzenden Capillaren durchsetzt, jedoch ohne Tuberculose.

Man begreift, dass die Diagnose intra vitam auf Schwierigkeiten stossen musste. Jedoch war von Anfang an die Aufmerksamkeit auf die Compressionserscheinungen geleitet worden, obgleich man die Ursache der Lähmung des einen (linken) Stimmbandes nicht nachweisen konnte; die physikalischen Zeichen an der linken Lunge fehlten nämlich Anfangs. Man musste eher an ein Aneurysma denken. Erst später gestatteten die physikalischen Zeichen der Lunge, die Compression als von hier stammend zu betrachten. Es war schwer, gewöhnliche Tuberculose anzunehmen; das Gesammtergriffensein des ganzen Lungengewebes, die grosse Athemnoth, das starke Seitenstechen mit den weit ausstrahlenden Schmerzen, das venöse Venennetz auf der betreffenden Hautoberfläche, besonders das häufige und hartnäckige Blutspeien liessen an ein Carcinom denken. Wegen der Schnelligkeit der Cachexie hatte Verf. gleich an Carcinose gedacht. Dr. P. K.

Grosses Papillarsarcom des rechten wahren Stimmbandes. (Sarcome papillaire énorme de la corde vocale inférieure droite.) Von Dr. A. Michel Dausac. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Verf. giebt die genaue Krankengeschichte seines Falles. In allen ähnlichen Fällen ist die microscopische Untersuchung vernachlässigt worden; deshalb giebt Verf. das genaue microscopische Bild seines Falles, welcher als Sarcom papillärer Natur ist. Dr. P. K.

Starke Wasserstoffsuperoxydlösung local bei Diphtherie. (Strong hydrogen peroxyde solutions locally, in Diphtheria.) Von Dr. Williams. (Boston Journal, 29. Septbr. 1892.)

W. behandelt die Diphtherie (32 Fälle) mit einer 8procentigen sauren Wasserstoffsuperoxydlösung mittels von ihm angegebenen Spray und Spritze. Kahn.

Digitized by Google

Laryngoscopische Befunde bei traumatischer Neurose. Entgegnung auf die gleichnamige Arbeit von H. Burger*), Amsterdam (Berliner klin. Wochenschrift 1892, No. 47), von Dr. B. Holz in Berlin. (Berliner klin. Wochenschrift 1893, No. 11.)

Von besonderem Interesse in dieser Entgegnung ist die Vervollständigung der Krankengeschichte, welche H. in No. 33, 1892 der Berl. klin. Wochenschr. gegeben hat (siehe diese Monatsschrift 1892, p. 327). Darnach ist bei dem fraglichen Patienten die Lähmung der Adductoren vollständig geschwunden; die Stimmbänder schliessen sich bei der Phonation jetzt mit voller Kraft in toto, der Patient spricht mit klarer Stimme und erfreut sich einer erheblichen Besserung seines Allgemeinbefindens. Es bestätigt sich daher die Annahme einer functionellen Störung der Adductoren, wie sich überhaupt die Diagnose einer traumatischen Neurose bekräftigt. Die Störungen im Kehlkopf bei der Respiration sind dagegen unverändert geblieben; doch hält H auch sie für rein functioneller Natur und erhofft ihr baldiges Schwinden. Die noch vorliegende Posticusparese bezieht Autor auf eine functionelle Störung in der Medulla oblongata, dem Respirationscentrum, welches unabhängig vom Willen functionirt und resumirt, dass ein derartiger Befund bei einer traumatischen Neurose eine Simulation mit Sicherheit ausschliesse.

Beschorner.

Revulsive in der Milzgegend, um das Nasenbluten bei Wechselfieberkranken zu bekämpfen. (Révulsion à la région splénique pour combattre les épistaxis chez les paludéens.) Von Dr. Cros und Dr. Imbert. (Montpellier médical et Bulletin médical, März 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Galenus sagte: Die grossen Schröpfköpfe, an die Hypochondrien aufgesetzt, stillen das Nasenbluten. Verff. erzählen 2 Fälle, wo bei sehr starkem linksseitigem Nasenbluten die Blutung bei Anwendung der Revulsive auf die Milzgegend sistirte. Dr. P. K.

Latenter primärer Oesophaguskrebs; Fortpflanzung auf Pleura und Leber. (Cancer latent primitif de l'oesophage; propagation secondaire à la plèvre et au foie.) Von Dr. Dufour. (Bulletin de la société anatomique de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Der Titel sagt Alles. Dr. P. K.

Anästhesie mittelst Bromäthyl. (Anesthésie par le bromure d'éthyle.) Von Dr. V. Haderup. (Ugeskrift for Soeger und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

250 Narcosen ausgeführt, nie ernsthafte Complicationen; selten folgender Kopfschmerz und Uebelkeit. Dosis 12 Gramm für einen Erwachsenen; die Anästhesie wird so lange fortgesetzt, bis Patient zu schnarchen beginnt. Dr. P. K.

---

*) Ref. in No. 3 dieser Monatsschrift 1893.

Digitized by Google

Wirkung des Bromäthyls. (Action du bromure d'éthyle.) Von Dr. Thornton und Dr. E. Meixell. (The College and Clinical Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Nach an Hunden und Kaninchen gemachten Versuchen kommen Verff. zu folgenden Schlüssen: 1) Es wirkt besonders auf die Respiration, weniger auf die Circulation; 2) nur bei massiven Gaben deprimirt es die Respiration; 3) wenn Herzschwäche eintritt, so ist sie einfach die Folge von Asphyxie; 4) Vergiftung führt Tod herbei, aber blos durch Hemmung der Respiration; das Herz schlägt nämlich noch, nachdem das Athmen aufgehört hat; 5) verminderte Pulsspannung kommt von verminderter Oxydation des Blutes her; 6) bei keinem Experiment hörte die Respiration plötzlich auf, sondern sie nahm allmählig ab; selbst wenn sie stillstand, begann sie von selbst wieder, wenn die Dosis des Bromäthyl's nicht zu gross gewesen ist. Das Bromäthyl hat die guten Eigenschaften, sehr flüchtig zu sein und die Schleimhäute nicht zu reizen. Verff. kommen zu dem Schluss, dass das Bromäthyl ohne jede Gefahr bei kurz dauernden Operationen angewandt werden kann. Dr. P. K.

Berichtigung.

In dem in vor. Nummer erschienenen Aufsatze: »Merkwürdiger Fall von einem Fremdkörper in der Kieferhöhle etc.« muss es Seite 191, Zeile 8 und 9 von unten, heissen: ... glaube ich dadurch dem »Columbus, der das Ei auf die Spitze zu setzen verstand«, am besten meine und vieler ...

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (Fortsetzung). — Moure: Ueber einen Fall von spontan gebildetem Rhinolithen. — Szenes: Bericht über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893) (Fortsetzung). — Ziem: Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. — Demme: Kehlkopfschemata. — II. Referate: a) Otologische: Katz: Ueber die Anwendung einer 3procentigen Chromsäurelösung gegen chronische Mittelohreiterung. — Kosegarten: Erkrankung des Ohres bei Influenza. — Koerner: Das Fortschreiten von Krankheiten der Paukenhöhle durch den carotischen Canal in die Schädelhöhle. — Körner und von Wild: Die Percussion des Warzenfortsatzes, nebst Mittheilung eines neuen Falles von diabetischer Caries dieses Knochens. — Moos: Ueber den diagnostischen Werth der Percussion des Warzenfortsatzes. — b) Rhinologische: Schutter: Nase und Mund als Respirationsorgane. — Chappell: Europhen bei Hals- und Nasenleiden. — Halsted: Adenoide Vegetationen beim Kinde. — Gellé: Empyem des Sinus maxillaris nach totaler Tamponade der linken Nasenhöhle. — Gouguenheim und Hélary: Ueber maligne Tumoren der Nasenscheidewand. — Lyonnet und Régaud: Krebstumor im Nasenrachenraum. Uebergreifen auf das Os sphenoideum. Lähmung aller linksseitigen Kopfnerven mit Ausnahme der Nervi olfactorius und opticus. Tod an Meningitis. — c) Pharyngo-laryngologische: Cartaz: Die vollständige Verwachsung von Gaumensegel und Pharynx. — Lermoyez: Ueber einen Fall von Mandelsarcom. — Wright: Fall von primärem Pharynxlupus. — Thobiesen: Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus im Pharynx. — Newmann: Maligne Neubildungen der Tonsille mit Bericht über 10 Fälle; Statistik und Literatur. — Caillé: Lähmung der äusseren Spanner der Stimmbänder. — Geley: Lähmung eines Stimmbandes. Primärer Lungenkrebs und Tuberculose. — Dausac: Grosses Papillarsarcom des rechten wahren Stimmbandes. — Williams: Starke Wasserstoffsuperoxydlösung local bei Diphtherie. — Holz: Laryngoscopische Befunde bei traumatischer Neurose. — Cros und Imbert: Revulsive in der Milzgegend, um das Nasenbluten bei Wechselfieberkranken zu bekämpfen. — Dufour: Latenter primärer Oesophaguskrebs, Fortpflanzung auf Pleura und Leber. — Haderup: Anästhesie mittelst Bromäthyl. — Thornton und Meixell: Wirkung des Bromäthyl. — Berichtigung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Escherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hepmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. Berlin, September 1893. No. 9.

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen*).

Von

Dr. **B. Gomperz**

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität.

(Schluss zu No. 8, 1893).

Von den 46 Patienten waren 28 männlichen, 18 weiblichen Geschlechtes; dem Alter nach vertheilen sich die Fälle folgendermaassen:

5—10	Jahre alt	2	Fälle,
10—20	„	9	„
20—30	„	19	„
30—40	„	10	„
40—50	„	5	„
50—60	„	1	„

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

Digitized by Google
UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY

21 Mal war es möglich, bestimmte Auskunft über die Aetiologie zu erhalten. Es war die Krankheit aufgetreten

nach	Scharlach	10 Mal,
„	Masern	1 „
„	Traumen	4 „
„	Eindringen von Wasser . . .	1 „
„	Erkältung	4 „
„	Schnupfen	1 „

Was die Dauer des Leidens anbelangt, so konnten 40 Patienten über dieselbe Auskunft geben.

Die Eiterung war in früher Kindheit aufgetreten 17 Mal, bestand nur in 2 Fällen durch kürzere Zeit als Jahresfrist; das von mir beobachtete Minimum betrug 4 Tage, das Maximum 28 Jahre.

In den 49 Fällen von Eiterung aus dem oberen Trommelhöhlenraum drang der Eiter 17 Mal aus Lücken der Shrapnell'schen Membran, in den übrigen Fällen bei Vorhandensein von Perforationen im hinteren oberen Quadranten resp. von Zerstörungen der hinteren Trommelfellhälfte oder der ganzen Membran aus der Nische nach rückwärts vom Hammergriff unter der hinteren Falte hervor.

Bei diesen 49 Fällen erzielte ich, wie die Tabelle zeigt, in 36 Fällen, d. i. ca. 73 pCt., Heilung; 10 Fälle liessen sich gar nicht oder höchstens eine Woche lang behandeln, bei 4 von diesen Patienten liess die Eiterung bedeutend nach; 3 Patienten blieben ungeheilt, so dass bei zweien die Hammer- resp. Hammer-Amboss-Extraction ausgeführt wurde.

Zur Beantwortung der Frage jedoch, welches die Erfolge der conservativen Behandlung sind, können nicht alle diese Fälle verwerthet werden; ich sah mich veranlasst, behufs Erlangung einer richtigeren Statistik auszuscheiden: 1) die Fälle, welche, wenn auch geheilt, doch nicht mindestens ein Jahr lang controlirt werden konnten; es sind dies die Fälle 6, 18, 25, 34, 40, 42, 43, 44, 47, 48 und 49. Von diesen wurde bei fünfen die Heilung länger als ein halbes Jahr, bis zu $^3/_4$ Jahren dauernd constatirt; 2) die Fälle, die sich nur einmal untersuchen oder höchstens eine Woche lang behandeln liessen; es sind dies No. 9, 13, 18, 26, 27, 29, 30, 35, 39, 41, 46, endlich 3) den Fall No. 24, wo von vornherein Hammer und Amboss, durch die Eiterung vollständig zerstört, fehlten.

Nach Abzug dieser 23 Fälle verbleiben als für die Statistik verwerthbar 26 Fälle.

Von diesen blieben[74]) über ein Jahr lang geheilt 23,
wurde gebessert 1,
blieben ungeheilt . . . . . 2.

Von den 23 Geheilten erkrankten an Recidiven 6, und zwar 1 nach 8 Monaten, 2 nach $1^1/_2$ Jahren, 1 nach $1^3/_4$ Jahren, 1 nach 4 Jahren, 1 nach $5^1/_2$ Jahren.

Ausnahmslos entstanden diese Recidiven durch Ansammlung cholesteatomatöser Massen, nach deren Ausspritzung rasch Heilung eintrat; nur in einem dieser Fälle ergab sich die Nothwendigkeit, Hammer und Amboss zu entfernen, worauf Heilung erzielt wurde.

---

[74]) Mit Ausnahme von Fall No. 20.

Digitized by Google

Von den Ungeheilten lehnte der Eine jeden operativen Eingriff ab, der zweite wurde der Hammer-Excision unterzogen, ist jedoch bis heute ungeheilt.

Es ergiebt sich also bei dem Umstande, dass von 26 Fällen 17 ohne Recidive geheilt blieben, ein Procentsatz von circa

65 pCt. Heilungen,
23 pCt. Heilungen mit nachträglicher Recidive,
3,8 pCt. Besserungen,
7,6 pCt. Nichtheilungen.

Das Auftreten von 6 Recidiven bei 23 Geheilten ist im Hinblick auf die Erfahrung Ludewig's, der an 20 durch Operation Geheilten 4 Recidiven erlebte, kein ungünstiges zu nennen. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass in den Publicationen der Vertreter der operativen Methode auf eine so lange Controle nicht hingewiesen werden kann, und die Frage immerhin berechtigt ist, wie wohl die Resultate bei den operirten Fällen nach mehrjähriger Controle sich gestalten würden. Ich wage die Behauptung, dass in so manchem dieser Fälle durch Ansammlung cholesteatomatöser Massen Recidiven auftreten dürften. Im Hinblicke auf die Befunde Schwartze's, Bezold's, Politzer's etc. kann es als sicher angenommen werden, dass nach der Hammer-Ambossexcision der geschaffene Hohlraum sich mit zarter Epidermis bekleiden wird, die, wie Bezold (l. c.) betonte, Dermatitiden sehr leicht unterworfen ist. In einer Reihe von Fällen wird es demnach auch hier zu Ansammlung cholesteatomatöser Massen kommen, besonders, wenn zeitweise Reinigungen unterlassen werden.

Die Heilresultate der conservativen Behandlungsmethode stehen daher nicht zurück hinter denen der operativen, ja sie sind sogar wesentlich günstigere.

Was aber die Berechtigung, bei uncomplicirten Eiterungen aus dem oberen Trommelhöhlenraume mit der Hammer-Ambossexcision nicht sofort einzuschreiten, sondern erst den Erfolg der conservativen Behandlung abzuwarten, auf's Deutlichste und Glänzendste erhärtet, das sind die Resultate der letzteren bezüglich der **Hörfunction.**

Geprüft wurde in meinen Fällen mit dem Politzer'schen Acumeter (normal 15 Meter), einer leise tickenden Uhr (normal mindestens 2 Meter), mit Flüstersprache (normal 20 Meter) und lauter Sprache, wobei mir leider nur ein Raum von 9 Metern Länge zur Verfügung stand. Die Prüfung mit Flüsterzahlen perhorrescire ich wegen ihrer Unverlässlichkeit; Politzer hat schon darauf hingewiesen, dass bei wiederholter Prüfung mit Zahlen die Vocale herausgehört und so die ganzen Zahlen leicht errathen werden.

Ein Blick auf die Tabelle zeigt nun die oft bedeutende Zunahme der Hörweite; die besten Resultate sind folgende:

	vor der Behandlung:		nach der Behandlung:	
Fall 12:	Flüstersprache	12 Ctm.	Flüstersprache über	9 Meter,
„ 21:	„	3½ Meter	Uhr	160 Ctm.,
„ 28:	Uhr	75 Ctm.	„	2 Meter,
„ 31:	nicht notirt,		„	85 Ctm.,
„ 32:	Uhr	10 Ctm.	„	53 „
„ 37 L.	nicht notirt,		„	50 „
„ 38:	Uhr	50 Ctm.	„	3 Meter

u. s. w., u. s. w.

Digitized by Google

In Fall 28 und 38 war die volle normale Hörweite erzielt worden.

Daraus ergiebt sich, dass auch in dieser Hinsicht die conservative Behandlungsmethode der operativen weit überlegen ist.

Nach alledem halte ich an meiner 1890 ausgesprochenen[75]) Ueberzeugung fest, dass die Excision des Hammers und Ambosses dort nicht ausgeführt werden solle, wo weniger eingreifende Behandlungsmethoden noch Heilung bringen können. Es liegt gar kein zwingender Grund vor, bei Patienten, welche viele Jahre ohne besondere Störungen mit ihrer Otorrhoe herumgingen, auf sofortige Operation zu drängen, wenn nicht auffallende Symptome, wie Fieber, heftiger Kopfschmerz und Schwindel, vorhanden sind. Und wenn wir den Process ohne Operation zur Ausheilung bringen können, so haben wir auch der Erhaltung der Function des Ohres Rechnung getragen und eine Pflicht erfüllt, die nicht entschieden genug betont werden kann.

Die Anhänger der nur operativen Methode lernen auch aus den Fällen nicht, die ihnen gar nicht so selten vorkommen, wo die Hammer-Ambossextraction misslang und doch die Eiterung aufhörte.

Dann wird der misslungenen Operation nachgerühmt, dass durch sie der Atticus freigelegt und den Spülflüssigkeiten und Antisepticis besser zugänglich gemacht wurde; und wenn die Ambossentfernung misslang und die Eiterung doch aufhörte, wird daran gedacht, ob nicht der Knochen resorbirt oder wie ein aseptischer Fremdkörper eingekapselt werde. Warum soll dies nicht auch für den cariösen Hammer gelten?

Bringen die Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle, sowie die übrigen, dem Falle anzupassenden Eingriffe nicht rasch Besserung, dann erst ist es an der Zeit, die Operation auszuführen.

In diesem Sinne spricht sich auch Politzer[76]) aus, der wegen der möglichen Gefährdung der Hörfunction vor der Extraction der Knöchelchen bei den mit geringgradigen Hörstörungen einhergehenden Eiterungen aus der Shrapnell'schen Membran warnt; nur in dringenden, unter gefahrdrohenden Symptomen verlaufenden Fällen solle man zur Operation schreiten. Dabei weist Politzer auf die von ihm am anatomischen Präparate erhärtete Thatsache hin, dass circumscripte Caries an Hammer und Amboss ausheilen kann, ferner, dass Eiterungen im äusseren Attic ausheilen können, ohne eine krankhafte Veränderung an Hammer und Amboss zu hinterlassen.

Wir kommen nun zur Chirurgie des Steigbügels.

An die Mobilisirung des Steigbügels durch Ausschneidung des Trommelfelles mit Hammer und Amboss knüpft sich noch eine Reihe operativer Eingriffe, welche dahin gehen, den fixirten Steigbügel beweglich zu machen resp. ihn aus der Fenestra ovalis zu entfernen.

Hierher gehören 1) die Durchschneidung des langen Ambossschenkels, 2) die Mobilisirung des Steigbügels ohne Entfernung des Hammers und Ambosses, 3) die Synechotomie der Steigbügelschenkel, 4) die Durchtrennung bindegewebiger Neubildung im Pelvis ovalis, 5) die Tenotomie des Musculus stapedius und 6) die Ausschneidung des Steigbügels.

---

[75]) Centralbl. f. d. med. Wissenschaften No. 1.
[76]) Lehrbuch III. Aufl., pag. 393.

Digitized by Google

Die Mobilisirung des Steigbügels mittelst Durchschneidung des langen Ambossschenkels ist von Politzer[77]) in Fällen geübt worden, wo als Residuen eitriger Entzündung Hammer und Ambosskörper in Bindegewebsmassen eingehüllt waren, das Stapes-Ambossgelenk frei zu Tage trat und ein Druck mit der Sonde auf den Stapes eine wesentliche Hörverbesserung ergab. Bei drei mittelst eines eigens hierzu construirten Instrumentes operirten Fällen war die Hörverbesserung einmal eine auffallende und anhaltende, einmal vorübergehend, einmal gleich Null.

Die Mobilisirung des Steigbügels, derart vorgenommen, dass man durch eine künstliche Lücke im Trommelfell eine Sonde bis zum Steigbügel vorführte und damit einen Druck oder hebelnde Bewegungen an diesem Knöchelchen ausführte, wurde zuerst von Michel[78]) mit Erfolg geübt und vor wenigen Jahren von Boucheron[79]) und Miot[80]) wieder empfohlen. Letztere zwei Autoren, deren Methoden sich darin unterscheiden, dass Boucheron erst nach Durchtrennung der Steigbügel-Ambossverbindung mobilisirt, während Miot die Gehörknöchelchen in ihrer Verbindung belässt, haben diesen Eingriff in einer grossen Reihe von Fällen ausgeführt, Miot bei Fixirung des Stapes in Folge eitriger und chronisch catarrhalischer Processe, Boucheron, wenn er eine Erhöhung des Labyrinthdruckes vermuthete; Beide sprachen sich befriedigt über ihre Resultate aus und sahen ausser vereinzelt sich einstellender Otitis media suppurativa keine üblen Folgeerscheinungen.

Die Synechotomie der Steigbügelschenkel schlägt Politzer[81]) für Fälle von chronischem trockenen Catarrhe vor, welche durch die üblichen localen Behandlungsmethoden ungebessert blieben. Im Hinblicke auf die von ihm anatomisch festgestellte Thatsache, dass in solchen Fällen die Taubheit theils durch Verkalkungen und Verknöcherungen des Ringbandes, theils durch Verwachsungen der Stapesschenkel mit den Nischenwänden entstehen[82]), dass aber eine Differentialdiagnose am Lebenden nicht möglich ist, räth Politzer zum Versuche mit dieser Operation, deren Technik er (l. c.) eingehend schildert. Unter 18 von ihm operirten Fällen gelang es Politzer 5 Mal, erhebliche und andauernde Hörbesserung, von 1—1½ Meter auf 4—7 Mtr., zu erzielen.

Die Durchtrennung von bindegewebigen Adhäsionen zwischen Stapes-Schenkel und den Nischenwänden der Fenestra ovalis nach abgelaufenen Mittelohreiterungen wurde zuerst von Kessel[83]) beschrieben. In einem Falle, wo Trommelfell, Hammer und Amboss fehlten und der Steigbügel durch neugebildetes Bindegewebe fixirt war, erzielte er dauernde Besserung dadurch, dass er tiefe Incisionen in dieses neugebildete Gewebe

---

[77]) Lehrbuch, II. Aufl., pag. 353.

[78]) Zeitschrift f. d. med. Wissenschaften 1876, No. 42.

[79]) Comptes rendus des Séances de l'Académie des sciences de Paris No. 17, 23. Apr., p. 1253.

[80]) Intern. Congress für Otolog. u. Laryngol. in Paris 1889, Bericht von Dr. Lichtwitz, Archiv f. Ohrenheilk. XXIX, 306.

[81]) Lehrbuch, III. Aufl., pag. 274.

[82]) L. c.

[83]) Archiv f. Ohrenheilk. XI, pag. 199; Politzer hat diese Operation bereits in den 70er Jahren ausgeführt.

Digitized by Google

machte und die Sehne des Musculus stapedius durchschnitt. Später berichtete noch Politzer über eine Reihe ähnlicher Fälle[84]).

Die Tenotomie des Musculus stapedius, die, wie erwähnt, ebenfalls zuerst von Kessel ausgeführt wurde, ist indicirt, wenn durch starke Retraction der Sehne der Steigbügel in die Richtung des Vorhofes gepresst wird; auch Urbantschitsch[85]) führte diese Operation mit günstigem Erfolge aus, indem continuirliche subjective Gehörsempfindungen bleibend zurückgingen und die Hörweite beträchtlich zunahm.

Ebenso sah Politzer gute Erfolge von diesem Eingriffe nach abgelaufenen Mittelohreiterungen, wo die Stapedius-Sehne in den Bereich narbiger Verdickungen der Mittelohrschleimhaut einbezogen war; bei den nicht perforativen Mittelohrcatarrhen und Adhäsivprocessen lassen sich aber nach ihm keine Indicationen für die Tenotomie des Stapedius aufstellen (l. c.).

Was nun die Ausschneidung des Steigbügels aus der Fenestra ovalis betrifft, so war wieder der Erste, der sich an diese Operation heranwagte, Kessel[86]), nachdem er zuerst bei der Kropftaube das Trommelfell mit der Columella entfernt und beobachtet hatte, dass kein Schwindel auftrat und die anfänglich vorhandene Taubheit nach Verschluss der Fenestra ovalis durch eine Narbenmembran sich verlor[87]); auf Grund dieser Erfahrung empfahl er die Ausschneidung des Stapes für die Fälle von Sclerose, welche mit Ancylose des Steigbügels in der Fenestra ovalis einhergehen.

Ein Jahr später führte er schon die Ausschneidung des Steigbügels an einer Patientin aus, theilte aber Nichts über den Erfolg dieser Operation mit[88]).

Eine Ermuthigung zu diesem kühnen Eingriffe fand Kessel in einer Krankengeschichte Wolf's aus dem Jahre 1835[89]), die von einem 4jähr. Mädchen erzählt, welches nach Scharlach rechts Otorrhoe bekam und bei welchem während der Reconvalescenz Hammer, Steigbügel und Amboss abgingen; nun soll trotzdem das Gehör nicht im Geringsten gelitten, sondern in vollkommener Integrität bestanden haben. Obwohl Kessel die Unbefangenheit Wolf's und die Thatsache erwähnt, dass die kleine Patientin auch Geh.-Rath Graefe vorgestellt wurde, kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass die Ergebnisse der Hörprüfung wohl angezweifelt werden können. Immerhin ist es gewiss, dass auch ohne Stapes noch Schalleindrücke vermittelt werden. Mit der gleichen Vorsicht muss der Fall von Clark[90]) beurtheilt werden, der nach Verlust von Trommelfell, Hammer, Amboss und Steigbügel ein Hörvermögen von 15 Fuss für Umgangssprache beobachtete. Diese Mittheilung beweist aber im Hinblicke auf den Umstand, dass das Hörvermögen am anderen

---

[84]) Intern. otolog. Congress zu Basel 1884.

[85]) Wien. med. Presse 1877, 18—21.

[86]) Archiv f. Ohrenheilk. XI, pag. 199.

[87]) Diese Versuche wurden von Dr. Ricardo Botey mit gleichem Resultate wiederholt.

[88]) Archiv f. Ohrenheilk. XIII, pag. 85.

[89]) Walther's Journ. f. Chir. u. Augenheilk., Bd. VII, H. 2, pag. 297 (cit. nach Kessel).

[90]) Zeitschrift f. Ohrenheilk. XXII, 41.

Digitized by Google

Ohre erhalten war, gar Nichts, da von einem normalen Ohre auch bei festverschlossenem Gehörgang gewöhnliche Umgangssprache auf mehr als 10 Meter (d. i. 33 Fuss) Distanz leicht gehört werden kann.

Berthold theilte 1889[91]) einen Fall mit, wo er einen luxirten Steigbügel, der sich so gedreht hatte, dass seine Fussplatte mit dem Trommelfell verwachsen war, ausschnitt. Die Hörweite — laut gesprochene Worte wurden nur in der Nähe des Ohres gehört — blieb unverändert, doch trat heftiger Schwindel auf, der einige Tage anhielt. Nach dem Einsetzen eines künstlichen Trommelfelles hörte die Patientin Flüstersprache auf 15 Fuss!! Da das andere Ohr taub war, ist eine Täuschung ausgeschlossen. Auch Wolf[92]) beobachtete eine Hörverbesserung von 2—3 Meter für die Flüstersprache nach Ausstossung des Stapes.

Nicht so günstig verlief ein Fall von Steigbügelextraction, die Ludewig, allerdings unbeabsichtigt, ausführte[93]); Ludewig beobachtete hier 14 Tage lang dauernden Schwindel, der Anfangs permanent, zuletzt nur bei Bewegungen des Kopfes bestand. Das Ohr, welches vorher Flüsterzahlen auf 20 Ctm. Distanz hörte, ward nach der Ausheilung der Eiterung taub. Dagegen gab Miot (l. c.) an, in zwei Fällen, wo er bei der Mobilisirung den Steigbügel herausriss, keinen Schaden davon gesehen zu haben.

In neuerer Zeit wurde nun die Frage von der Steigbügelexcision wieder angeregt. In der letzten Versammlung der amerikanischen otologischen Gesellschaft[94]) theilte nämlich Jack die Krankengeschichten von 16 Fällen mit, bei denen er die Excision des Steigbügels, theils wegen chronischen Mittelohrcatarrhes, theils wegen Residuen eitriger Processe mit bedeutendem Erfolg ausführte. Bei den chronischen Catarrhen übte er diese Operation folgendermaassen: Nach dem Anlegen eines, das Steigbügel-Amboss-Gelenk freilegenden Lappenschnittes durchtrennte er die Stapediussehne hart am Capitulum stapedis, dann die Amboss-Stapes-Verbindung, umschnitt den Steigbügel und extrahirte nun denselben mit Häkchen oder Pinzette. Mehrmals trat Schwindel auf, der innerhalb 5 Tagen verschwand; üble Folgen erlebte Jack nie, obwohl er auch bei bestehender Eiterung die Operation ausführte. Die Hörweite stieg in seinen Fällen meist sehr bedeutend, in Fall 1 z. B. von 1 Fuss auf 25 Fuss für mässig laute Sprache; in Fall 11, wo vorher nur lauteste Sprache durch's Hörrohr vernommen wurde, stieg das Hörvermögen auf 7 Fuss für Flüsterspr. Doch muss auch an diesen Krankengeschichten ausgesetzt werden, dass in den meisten Fällen ohne vorherigen Versuch einer conservativen Behandlungsmethode operirt wurde. Ob mit dieser die Resultate nicht noch besser geworden wären, ist wohl zu erwägen.

Dass die Resultate des amerikanischen Collegen mit grosser Vorsicht aufzunehmen sind, beweisen auch die letzten Mittheilungen von Schwartze[95]), Bezold[96]) und Lemcke[97]).

---

[91]) Zeitschrift f. Ohrenheilk. XIX, 1.
[92]) Versamml. d. deutschen otolog. Gesellschaft, Mai 1893.
[93]) Archiv f. Ohrenheilk. XXIX, pag. 260.
[94]) Remarkable improvement in hearing by removal of the stapes by Fred. L. Jack (Transact. of the amer. otol. Society, 19. July 1892).
[95]) Handbuch, II., 776 u. ff.
[96]) Versammlung der deutschen otol. Gesellschaft, Mai 1893.
[97]) Ibidem.

Digitized by Google

Schwartze erlebte an seiner Klinik bei Ambossextractionen 5 Mal unfreiwillige Entfernung des Steigbügels[98]). In allen Fällen war wegen chronischer foetider Eiterung operirt worden; zwar traten keine üblen Folgen auf, 3 Mal kam die Eiterung zur Heilung, aber die Erfahrungen bezüglich der Hörverbesserung reichten lange nicht an die Erfolge, wie sie Jack schildert.

Es wurden nachstehende Resultate notirt:

	Vor der Behandlung:	Nach der Behandlung:
Fall I.	Nicht gemessen	Flüstersprache handweit.
„ II.	Flüsterzahlen 15 Ctm.	Flüsterzahlen 1/2 Meter.
„ III.	Nicht gemessen.	
„ IV.	Flüsterzahlen unsicher	Flüsterzahlen sicher direct in's Ohr.
„ V.	„ 1/3 Mtr.	Flüsterzahlen 1 Mtr.

Wie viel da die Heilung der Eiterung genützt, wie viel die Entfernung des Stapes geschadet haben mag, das lässt sich hier natürlich nicht bestimmen.

Bezold erlebte bei der Entfernung eines Steigbügels Ohnmacht, Erbrechen und 3 Wochen andauernden Schwindel; an Stelle der Hörweite von 10 Ctm. für laute Sprache trat vollständige Taubheit, erst in der 3. Woche stellte sich ein Rest von Hörvermögen (2 Ctm. f. d. laute Sprache) wieder ein.

Lemcke entfernte ebenfalls bei einer Hammer-Amboss-Extraction den Steigbügel, wodurch das Hörvermögen herabgesetzt wurde; Stacke[99]) sah nach einer ebenfalls unfreiwilligen Stapesextraction eine Hörweite von 1 Meter für die Flüstersprache.

In einem Anhange[100]) zu seiner ersten Arbeit theilt Jack mit, nach 6monatlicher Controle bei den meisten seiner Patienten die Hörweite so gut wie nach der Operation gefunden, ja sogar weitere Fortschritte gesehen zu haben. Besonders die Fälle waren befriedigend, wo der Steigbügel vollständig aus der Fenestra ovalis herausgebracht wurde, während beim Zurückbleiben der Fussplatte die Resultate weniger günstig waren. Im Anschlusse an diese Beobachtung möchte ich an die Mittheilung von Berthold (l. c.) sowie Fall XVI und XLVII meiner Statistik erinnern. Hier konnte ich durch Bildung eines künstlichen Trommelfelles aus Borsäurepulver, das ich gegen die Fenestra ovalis blies, in welcher der Steigbügel ganz oder bis auf die Fussplatte fehlte, die Hörweite sehr bedeutend bessern, in Fall XVI von 50 Ctm. auf 7 Meter, in Fall XLVII von 70 Ctm. auf ebenfalls 7 Meter für mittellaute Sprache. Dort, wo man den Steigbügel operativ entfernt hat, lässt sich vielleicht durch diese Methode eine weitere Besserung der Hörweite erzielen.

Reservirter spricht sich Jack über die Beeinflussung der subjectiven Geräusche aus, dieselbe sei sehr unsicher.

---

[98]) Der sechste angeführte Fall ist identisch mit dem von Ludewig schon früher (siehe Anm. 93) veröffentlichten Falle.

[99]) Versammlung der deutschen otol. Gesellschaft, Mai 1893.

[100]) Further notes on removal of the stapes. (Boston medic and surgic. Journal of January 5, 1893.)

Digitized by Google

Er empfiehlt die Operation bei den Fällen, wo nach eitriger Mittelohrentzündung das Steigbügel-Ambossgelenk durch Adhaesionen fixirt ist (?), bei Otitis catarrhalis adhaesiva, unter welcher er die Formen mit Bindegewebsneubildung in der Schleimhaut versteht, und bei Sclerose.

Trotz alledem muss die Steigbügelextraction als ein schwerer und bezüglich seiner Erfolge ganz unberechenbarer Eingriff bezeichnet werden, dem man nur Kranke unterziehen sollte, bei denen Taubheit und subjective Geräusche auf eine Erkrankung des schallleitenden Apparates zurückgeführt und durch keine andere Behandlungsmethode gebessert werden können.

Ueber einen Fall von spontan gebildetem Rhinolithen.

Von

Dr. **E. J. Moure**

Docenten der Laryngologie etc. an der medicinischen Facultät zu Bordeaux.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Die histologische Untersuchung wurde von Herrn Sabrazès, Vorstand des Laboratoriums der Kliniken der Facultät von Bordeaux, ausgeführt, welcher uns folgenden Bericht sandte:

„Der unserer Untersuchung übergebene Rhinolith hatte die Grösse einer Haselnuss. Er war oblong, von schwärzlich-grauer Farbe an der Peripherie, welche einige schwach markirte Unebenheiten aufwies; nirgends war der Stein weder mit warzenförmigen Erhabenheiten bedeckt, noch stachelig, auch nicht glatt und glänzend.

„Die Schale war sehr dünn, beim Zerkratzen pulverig, wodurch Phosphatpartikelchen, mit Blutpigment gemischt, abgelöst wurden. Auf dem Schnitte eine weissliche compacte Masse, fein gekörnt, ein wenig an das Gewebe der Kastanie erinnernd. Schichtung sichtbar, jedoch ohne Regelmässigkeit in der Aufeinanderlagerung. Diese verschiedenen, von gelben oder bräunlichen Streifen durchzogenen Partien haben eine gleichmässig harte, nicht elastische Consistenz. Durch Abschaben erhält man ein feines Pulver und durch längeres Stehenlassen mit einer Flüssigkeit laugen sie sich zum Theil aus.

Andere Bruchstücke wurden durch Lösung erweicht, mit Pikrinsäure gesättigt, in viel Wasser durch 24 Stunden gewaschen, mit Alcohol behandelt und in Paraffin gelegt. Die Untersuchung des Steines im Ganzen hat die Anwesenheit eines Fremdkörpers nicht erwiesen.

Auf den durch Carmin lebhaft roth gefärbten microscopischen Schnitten sieht man mit blossem Auge keinerlei concentrische Anordnung der Lagen, deren Contouren sehr unregelmässig sind.

Bei schwacher Vergrösserung stellen anorganische Stücke Concretionen dar, welche nebeneinander liegen oder wohl in Verbindung stehen und von Streifen in unregelmässiger Vertheilung unterbrochen sind. Stellenweise krumme Platten, gebildet von concentrischen, an der Anlagerungsstelle lebhaft roth gefärbten, eng einander angepassten Lamellen. Alle Brücken aus Phosphatsalzen, durcheinander geworfen, weisen keine

Digitized by Google

Spur von zelligen Elementen auf. Einige sind durch kleine, ovale, mehr minder zahlreiche und einander nahestehende, durchsichtige, das Licht brechende, Fettbläschen ähnliche Lacunen ausgehöhlt. Diese Streifen aus Salzen umgrenzen runde, ovale oder rinnenförmige, mehr oder weniger benachbarte, manchmal wie cavernöse Räume. Sie sind leer oder mit einer körnigen, gelbbräunlichen Masse gefüllt.

Die Peripherie des Steines hat dieselbe Zusammensetzung, verdankt aber ihre braune Färbung Ablagerungen von Blutpigment.

Bei starker Vergrösserung lässt sich constatiren, dass die Phosphatgrundlage dieses Rhinolithen hier und da in Beziehung zu gelblichen, granulirten, leicht fibrillären Inselchen mit langen, von ähnlichem Inhalt gefüllten Ausbuchtungen orientirt ist. Diese Inselchen haben auf den ersten Blick das Aussehen alter hämorrhagischer Herde. Sie sind auf den Picro-Carminpräparaten gelb, bräunlich, gekörnt, areolirt. Die Felder sind bald begrenzt durch von Salzen gebildete Zwischenräume, bald durch fibrinöse Fibrillen. Diese scheinen den Imprägnationsprocess mit den Kalk- und Magnesiumsalzen zu leiten.

In diesen Feldern findet man: 1) kleine pulverige Anhäufungen, gelblich, dicht, aus körnigem Fibrin bestehend, 2) Blutpigmentkörperchen in verschiedenen Entwickelungsstadien, 3) typische Hämatoidincrystalle. Diese Elemente heben sich von einem durch Picrinsäure gelb gefärbten Grunde ab.

Einige Präparate wurden nach der Weigert'schen Methode behandelt. Die Körnchen und einige feine Zwischenräume färben sich mit dieser Methode schwachviolet. In der Mitte dieser Zonen aus Fibrin findet man eine ausserordentliche Menge verschiedener Microorganismen, Micrococcen, Bacillen aller Formen in Colonien gehäuft. Man entdeckt sie in allen Canälchen, welche den Stein durchziehen und selbst bis in die Spalten der Phosphatlagen hinein.

Alles zusammengefasst, ist dieser Rhinolith ein Gemenge von blutigem Detritus und Phosphatringen. Der erstere, dargestellt durch körniges und fibrilläres Fibrin, überschwemmt von einer Unzahl von Microorganismen, scheint der Entwickelung des Steines vorgestanden zu haben. Diese Thatsache erklärt die ausserordentliche Unregelmässigkeit der Schichtungen, welche in allen Richtungen den primären Stein durchsetzen und auf welche sich die Calcium- und Magnesiumphosphate, welche den Rhinolithen bilden, niedergeschlagen haben.

Epikrise: Auf diese Weise wäre dieser angeblich primäre Stein Alles in Allem ein secundärer, und zwar um ein Blutcoagulum gebildet, welches einen wahren Fremdkörper vorstellt. Diese secundäre Entstehung des Steines käme also der schon 1736[8]) von Flater und erst jüngst von einem meiner Schüler, Dr. Monnié[9]), geäusserten Meinung zu Hilfe, dass ein wenig Schleim oder Blut einer Kalkablagerung, welche später einen wahren Stein darstellen wird, als Ausgangspunkt dienen kann.

Die histologische Untersuchung, deren ausführliche Details wir soeben gegeben haben, unterstützt diese Anschauungsweise. Noch mehr: Das Vorhandensein zahlreicher Microben im Steine selbst dürfte der von

[8]) Citirt von Berlioz, loc. cit. pag. 137.
[9]) Loc. cit.

Digitized by Google

Czarda 1884[10]) ausgesprochenen Ansicht Geltung verleihen, dass die Steine einer Mycose ihre Entstehung verdanken, welche durch die in übergrosser Zahl in der Nase vorkommenden Leptothrix characterisirt wird. Der auf Microben zurückgeführte Ursprung der Nasensteine wäre in diesem Falle zusammenzustellen mit dem der Speichelsteine, welchen Galippe derselben Ursache zuschreibt. Was die chemische Untersuchung betrifft, so haben wir gesehen, dass sie ein von den bisher gelieferten etwas abweichendes Resultat ergeben hat. Uebrigens ist es leicht, sich von dem beträchtlichen Wechsel in der chemischen Zusammensetzung der Nasensteine zu überzeugen, wenn man einen Blick auf die oben wiedergegebene tabellarische Zusammenstellung wirft.

In den einen überwiegen die organischen Bestandtheile und Calciumcarbonat bedeutend, in anderen fehlt letzteres Salz fast ganz; das war bei unserer Beobachtung der Fall.

Ein in allen Fällen mehr constanter Befund ist das fast gänzliche Fehlen des Chlornatrium, welches, wie bekannt, fast das einzige in den Thränen enthaltene Salz ist. Dieses Fehlen des Kochsalzes gestattete Berlioz die Deduction, dass die Thränen nicht zur Bildung dieser Fremdkörper beitragen können. Die Sache ist in der That wahrscheinlich und besonders in unserem Falle glauben wir, dass der Nasenschleim es war, aus welchem allein sich die Kalkablagerungen gebildet haben, aber die Abwesenheit des Chlornatrium in dem Steine scheint uns kein hinreichender Grund für die Abweisung der von Herrn Monnié und einigen anderen Autoren verfochtenen Hypothese zu sein. Thatsächlich weiss man, dass das Chlornatrium ein ganz besonders lösliches Salz ist, daher begreift man auch leicht, dass es, immer durch das Nasen- oder Augensecret gelöst, keine Concremente bilden und folglich auch nicht in Form eines Salzes in einem Steine vorkommen kann, welcher in einer Gegend liegt, die um so feuchter ist, weil der Fremdkörper noch erst recht die bereits im Normalzustande reichliche Drüsensecretion anregt.

Ein zweiter interessanter Umstand in der Geschichte dieses Kranken ist die geringe Zahl von Symptomen, welche das Nasenleiden verursachte. Keine oder geringe locale Reaction, fast gänzliches Fehlen der Secretion durch die vordere Oeffnung der erkrankten Seite, hauptsächliches Ueberwiegen der Rachenbeschwerden. Es ist dies nicht die gewöhnliche Geschichte der Rhinolithen, welche, wenn sie diese Entwickelungsstufe erreicht haben, oft stürmische Erscheinungen, Wucherungen in der Umgebung, neuralgiforme Schmerzen, Epistaxis hervorrufen, so dass man an einen malignen Tumor denken kann.

Ich habe im Jahre 1882 einen in dieser Hinsicht ganz typischen Fall in der „Revue de laryngologie“[11]), welche ich leite, publicirt. Ich halte es für interessant, ihn, indem ich ihn hier wiedergebe, mit dem vorangegangenen zu vergleichen.

II. Beobachtung (Resumé):
Pseudo-Tumoren der Nasenhöhlen.

Frau L., 26 Jahre alt, consultirt mich am 23. Juni 1881 wegen eines anhaltenden, eitrigen und übelriechenden Ausflusses aus dem linken Nasen-

[10]) Loc. cit.
[11]) Revue de laryngologie T. II. 1882, pag. 1, 1. Janvier, No. 1.

Digitized by Google

loche. Seit mehreren Jahren leidet die Patientin an allmonatlichen Erysipelen, welche ein oder zwei Tage vor der Menstruation beginnen und mit ihr aufhören. Diese Erysipele treten an der Nase auf, wo sie gewöhnlich localisirt bleiben. Seit 3 Jahren, seit welcher Zeit der Ausfluss dauert, verspürt die Kranke beträchtliche Schwierigkeit beim Schnäuzen und kann nur durch das rechte Nasenloch athmen. Jegliche innerliche Behandlung war erfolglos, aber man hatte nie eine rhinoscopische Untersuchung ausgeführt.

Bei der Besichtigung lässt sich Röthung und Verdickung der Nasenhaut constatiren. Der Eingang des linken Nasenloches ist mit Fissuren und Excoriationen besetzt. Es fliesst aus der kranken Nasenseite eine Art graulichen, dünnen Eiters. Der Luftdurchzug auf dieser Seite ist unmöglich, die Stimme näselt leicht.

Rhinoscopische Untersuchung. Das Septum ist ein wenig nach rechts abgewichen. Auf der linken Seite bemerkt man einen sehr grossen Tumor, der stellenweise roth, an anderen Stellen grau ist, ein schwammiges und mamellonirtes Aussehen zeigt und bei der geringsten Berührung blutet. Die Keilbeinhöhle und hinteren Nasenhöhlen sind normal. Die Kranke hat sich einer energischen Jodbehandlung, ohne die geringste Erleichterung zu bemerken, unterzogen. Da ihr Nervenzustand ihr nicht gestattete, sich zu einer noch vollständigeren Untersuchung herzugeben, so begnügte ich mich, Einspritzungen von Carbollösung und Insufflation von Calomel und Alaun anzuordnen.

30. Juni: Status idem. Ich führe eine Sonde ein, welche bald von einem harten, unregelmässigen, das Gefühl rauhen, necrotischen Knochens gebenden Körper aufgehalten wird. Da die Patientin sich nicht an die Einführung eines Fremdkörpers erinnert, glaube ich an das Vorhandensein eines Knochensequesters. Dieser Körper ist sehr leicht beweglich. Nachdem es mir, wegen seiner Grösse, nicht gelang, den Tumor mit Zangen zu fassen, glückte es mir, nicht ohne einige Schwierigkeiten, ihn gegen den Pharynx hinzustossen und durch den Mund zu extrahiren. Der Fremdkörper war aus zwei verschiedenen Theilen zusammengesetzt. Der äussere schwarz, hart und kreidenartig, der andere weiss, ziemlich weich, im Innern an einen Citronen- oder Orangenkern erinnernd. Nach der Entfernung des Steines entleerte die Patientin durch den Mund eine grosse Menge käsiger, schrecklich stinkender, leicht blutiger Masse. Ich rieth ihr, die Carbol-Irrigationen fortzusetzen.

7. Juli: Die Kranke erzählt, dass seit dem 30. Juni die Irrigationsflüssigkeiten von dem einen Nasenloche in das andere gelangen. Heute hat der Ausfluss aufgehört, die Athmung geht durch die linke Nase leicht von statten, die Kranke schnäuzt sich wie Jedermann und ihre Stimme ist nicht mehr nasal. Bei der Untersuchung findet man nur die Schleimhaut der unteren Muschel leicht hyperämisch.

14. Juli: Es ist unmöglich, irgend eine Verletzung im linken Nasengange zu finden.

Diese einfache Auseinandersetzung zeigt, wie sehr verschieden davon bei meinem ersten Kranken die langsame heimliche Entwicklung des Fremdkörpers war, und wie schwer es ist, zu wissen, auf welche Zeit das Auftreten der Affection zurückgreift, welche der Kranke seit ungefähr 15 20 Jahren zu haben angiebt. Diese Dauer ist, bei dem ge-

Digitized by Google

gebenen Umfang, Consistenz und Zusammensetzung des Steines, im Ganzen genommen möglich.

Das fast gänzliche Fehlen functioneller Störungen ist gewiss dem ungewöhnlichen Sitze des Steines zu verdanken, welcher, den unteren Nasengang versperrend, die Schleimmassen hinderte, sich in der rechten Höhle anzusammeln und sie zwang, in den Nasenrachenraum zu fallen oder auf die gegenüberliegende Seite zu gehen, von wo sie ausgeworfen wurden. Der Sitz des Rhinolithen erklärt auch die Entzündung der hinteren Rachenwand und die intermittirenden Ohrgeräusche, über welche der Patient Klage führte. Das Schwinden dieser unangenehmen Symptome nach der Beseitigung des Steines beweist zur Genüge, dass sie allein von dieser ganz localen Ursache bedingt waren.

Fasst man Alles zusammen, so bilden die scheinbar primitive Entwickelung des Rhinolithen in der rückwärtigen Nasenhöhle, das Fehlen jeder localen functionellen Störung, die Anwesenheit von zahlreichen Microben in der Höhle des Rhinolithen die interessantesten Punkte dieser Beobachtung.

Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten.

Von

C. Ziem.

(Schluss aus voriger Nummer.)

3. Bei phlyctaenulärer Keratitis auch die Nase zu behandeln, haben Ed. Meyer, Horner u. a. A. bereits vor vielen Jahren empfohlen. Aber man muss da weiter als bisher gehen, denn es giebt überhaupt nur wenige oder vielleicht gar kein eitriges Geschwür der Hornhaut ohne primäre Eiterung der Nasen- und Kieferhöhle oder Zahnabscesse, abgesehen natürlich von Geschwüren derselben im Gefolge von Tripperinfection oder Verletzungen mittelst inficirter Fremdkörper und Instrumente. Selbstverständlich wird aber nicht jede mit einer Naseneiterung behaftete Person auch von einem Geschwür der Hornhaut befallen. In einem schon Wochen lang anderwärts behandelten Falle meiner Praxis von centralem Hornhautgeschwür war 3 Tage nach Eröffnung der Kieferhöhle und Entleerung von Eiter aus derselben die Sehschärfe von $^5/_{12}$ auf $^5/_5$ gestiegen. Selbst bei interstitieller, auf congenitaler Lues beruhender Keratitis geht eine Erkrankung der Nase oft voraus und scheint eine Disposition für die Localisation der Lues auf das Auge nicht selten erst zu schaffen, obwohl andererseits auch einzelne Fälle von intrauteriner Erkrankung an interstitieller Keratitis bekannt geworden sind. So ist bei einer Kranken mit parenchymatöser Keratitis und starker Verschwellung der Nase 2 Tage nach Anbohrung der Kieferhöhle, wobei es ziemlich reichlich geblutet hat, die Sehschärfe von 0,15/60 auf 5/60 gestiegen.

Auch bei noch nicht ganz stationären Narben der Hornhaut in Folge von centraler Keratitis bringt Behandlung der Nase öfters noch wesentliche Besserung des Sehvermögens, selbst wenn die Iridectomie schon vorgenommen worden, aber viel Nutzen nicht gebracht hatte —, sei es in

Digitized by Google

Folge nachträglicher Aufhellung der Trübung, bei der jetzt regeren Saftströmung in der Hornhaut, sei es durch Beseitigung einer Hyperämie der inneren Häute, der Netzhaut oder der Aderhaut. In ersterer Beziehung ist schon längst und mir persönlich nach eigenen Versuchen seit 16 Jahren bekannt, dass die Regenerationskraft der Hornhaut bei Thieren eine sehr viel grössere ist als beim Menschen, was sich aus der grösseren Seltenheit von Nasencatarrhen bei Thieren und somit der grösseren Freiheit der Circulation im Auge vielleicht erklären lässt. Jedenfalls erfordert die Keratitis bei Berücksichtigung gleichzeitiger Nasenleiden meistens nur eine sehr einfache örtliche Behandlung, besonders auch selten oder nie die Anwendung von Atropin, dessen Schädlichkeit bei Hornhautgeschwüren Adolf Weber bereits vor 16 Jahren betont hat und welche auch den Thierärzten wohlbekannt ist. Von allergrösster Bedeutung ist die regelmässige und sorgfältige Ausspülung der Nase oder selbst der Kieferhöhle bei den acuten Infectionskrankheiten, bei Masern, Influenza, Diphtheritis, Scharlach, Variola u a. auch im Interesse der Prophylaxe des Auges, von grösserer wohl als die Schutzimpfung gegen Blatternerkrankung des Auges. Zahllose Fälle von Leucom der Hornhaut, die zu schwerer Sehstörung und Verminderung der Erwerbsfähigkeit Veranlassung geben oder beim Zurückbleiben vorderer Synechien in der Peripherie der Iris später zu Ablösung der Netzhaut führen, können durch frühzeitige Behandlung von Naseneiterungen verhütet, den Bewohnern von Trachomländern, besonders von Egypten grosser Nutzen so geleistet werden.

4. Erkrankungen des Uvealtractus finden sich häufig in Verbindung mit chronischen Nasenleiden. Sie werden durch letztere entweder unmittelbar bedingt, durch Verschleppung von Eiter oder eitrigem Schleim längs der Venen oder Lymphgefässe, wie bei der erysipelatösen Chorioiditis und Panophthalmitis im Gefolge von putrider Eiterung der Oberkieferhöhle, oder mittelbar begünstigt durch Störung des physiologischen Kreislaufs, so dass die Ausgleichung einer Erkrankung des Uvealtractus gehemmt wird. So hat in manchen Fällen von frischer oder älterer, z. Th. für rheumatisch angesehener Iritis die örtliche Behandlung des Auges durch Atropin, Kataplasmen u dergl. erst bei regelmässiger Entleerung von Eiter aus der Nasenhöhle Heilung gebracht, ja mehrmals ist schon allein bei Behandlung einer Eiterung der Nasen- oder Kieferhöhle, bei Abtragung von obstruirenden Verkrümmungen des Septum oder nach Blutentziehungen in der Nase Heilung eingetreten, ohne jede örtliche, medicamentöse oder operative Behandlung des Auges selbst; so localisirt sich die gonorrhoische, syphilitische und wahrscheinlich auch die variolöse Iritis besonders auf das Auge, das durch das Vorhandensein einer Circulationsstörung in Folge chronischer Verstopfung der Nase eine Praedisposition schon besitzt; so beruht die recidivirende Iritis nicht, wie frühere Autoren angenommen, auf dem Zurückbleiben von hinteren Synechien und dem dadurch angeblich gesetzten „Reize", sondern auf der Fortdauer eines chronischen, obstruirenden Catarrhs der Nase oder der Nebenhöhlen, die mit einer Störung der Circulation auch im Bulbus verbunden ist. Letzteres kommt auf folgende Weise zu Stande: Offenbar besteht die Chorioidea, deren Membr. choriocapillaris nach J. v. Gerlach das blutreichste Capillarnetz des Körpers darstellt, und besonders

Digitized by Google

die Corona ciliaris aus einem sehr dilatablen und erectilen Gewebe, im Hinblicke 1) auf den von W. Flemming unlängst gelieferten anatomischen Nachweis, dass die Chorioidea in Wirklichkeit 2 oder 3 Mal dicker ist, als man nach Untersuchungen ausgebluteter oder in Spiritus verschrumpfter Präparate bis dahin geglaubt hat; — 2) auf den auffallend rankenartig gewundenen Verlauf aller Arteriae ciliares posticae, welcher von Hyrtl als unerlässlich erklärt worden ist für die freie Drehbarkeit des Bulbus, da geradliniger Verlauf der Gefässe Hemmungen verursachen würde: eine Erklärung, die jedoch nicht erschöpfend ist, weil dann offenbar auch die übrigen Blutgefässe des Bulbus, besonders die der Retina, die Rankenwindung zeigen müssten: die letztere ist vielmehr das Characteristicum des Schwellgewebes ebenso hier wie an den Plexus der Genitalorgane und an den Plexus chorioidei des Gehirns; — 3) auf die durch directe Versuche an Thieren festgestellte Erectilität der Ciliarplexus (Fick) sowie des Fächers im Auge der Vögel (Ziem), eines Theils der Chorioidea. Eine Stauung in der Nachbarschaft des Auges, nicht nur im Gehirne, wie man sonderbarer Weise bisher fast ausschliesslich angenommen, sondern, wie Durchschnitte des Kopfes besonders in frontaler Richtung zeigen, vornehmlich auch in der Nase und ihren Nebenhöhlen muss, und zwar vermittelst der Vasa ethmoidalia, nasofrontalia und infraorbitalia auf die Orbita und den Bulbus und vornehmlich die gefässreiche und dilatable Uvea sich fortpflanzen. Die Hyperämie der Chorioidea wirkt vermittelst des Haller'schen Gefässkranzes, d. h. jener Anastomosen des hintersten Abschnitts der Chorioidea mit den Gefässen des Opticus auch auf die Circulation im Opticus und der Netzhaut hemmend ein, und zwar um so mehr, als die Ciliararterien vor den Gefässen der Netzhaut in den Bulbus eintreten. Dass aber die Stase im Binnenraum des Bulbus sich nicht ausgleicht, wie an anderen Gefässgebieten des Körpers, etwa vermittelst der vorderen Ciliarvenen, der Lidvenen und der Ven. facialis, das erklärt sich einfach so, dass durch die Verstopfung der Nase die Aspirationskraft der Lungen für das kreisende Blut herabgesetzt und so der Hauptmotor für den Venen- und Lymphstrom beeinträchtigt ist. Unterbindung nur der Vena ophthalmica oder nur der Vena facialis ergiebt bekanntlich keine dauernde Kreislaufsstörung im Gebiete der Orbita und des Bulbus. Unterbindung der einen oder der anderen Sammelvene mit gleichzeitiger Verstopfung der Nase müsste eine Stauung wohl mit Bestimmtheit hervorrufen. Durch Ausspülen der Nase mit einer lauwarmen 1procentigen Salzlösung wird die Durchgängigkeit der Nase, wenn auch nur zeitweise, hergestellt, die Respirationsgrösse und Aspirationskraft der Lungen verstärkt, so dass die Stase in den Nachbargebieten und vornehmlich im Tract. uvealis sich vermindern kann. Die wasserentziehende Einwirkung des Salzes mag die Secretion und damit auch die Circulation in den Gefässen der Nase und der Umgebung auch etwas unterstützen. Der erfahrungsgemäss oftmals günstige Einfluss des Jod bei intraocularer Erkrankung ist z. Th. vielleicht gleichfalls seiner Einwirkung auf vermehrte Secretion seitens der Nase und dadurch bedingter vermehrter Saftströmung auch in der Nachbarschaft zuzuschreiben.

Mit Hilfe des Vorhergehenden erklärt sich leicht der günstige Einfluss mässiger Blutentziehungen in der Nase bei Hyperämie der Aderhaut,

Digitized by Google

die Asthenopie und Schwäche der Accommodation bei obstruirenden Nasenleiden sowie bei chronischer, nicht diphtheritischer Hypertrophie der Tonsillen — Hyperämie des Ciliarmuskels —, das Druckgefühl im Auge, die manchmal äusserst hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankungen der Nasen-, Oberkiefer- oder Stirnhöhle — durch den Haller'schen Gefässkranz vermittelte Störung der Circulation im Nerv. opticus und der Netzhaut —, das Flimmerscotom bei Erkrankung der Nasen- und Stirnhöhle, die Heilung von Mydriasis durch Exstirpation von Nasenpolypen, das Auftreten von Sehstörungen mit Pulsation an der Sehnervenpapille nach Galvanokausis der Nasenschleimhaut[3]), das Auftreten von Glaucom, bei wohl schon vorhandener Hyperämie der Corona ciliaris, nach länger fortgesetzter Cocainisirung der Nasenschleimhaut sowie nach Einträufeln von Atropin, Cocain oder dergl. in das Auge bei gleichzeitig vorhandener Anschwellung in der Nasen- und Kieferhöhle, das Auftreten von Glaucom bei eitriger Erkrankung der Nasen- und Kieferhöhle, die Heilung von Glaucom trotz schon vorgenommener Iridectomie, erst nach Exstirpation obstruirender Nasenpolypen (Lennox Brown). Die operative Behandlung des Glaucom, des Priapismus der Ciliarplexus, durch Sclerotomie oder Iridectomie sollte erst dann vorgenommen werden, wenn das Vorhandensein einer die Ausgleichung der Störung verhindernden Anschwellung der Nasen- oder der Kieferhöhle ausgeschlossen ist. Albrecht v. Gräfe's Namen wird als der glänzendsten einer gefeiert werden, so lange es eine Geschichte der Medicin giebt, auch wenn die Heilung des Glaucom auf einem anderen, als dem von ihm gewiesenen, wenn sie auf so z. s. physiologischem Wege erreicht wird.

Die hier besprochenen Verhältnisse sind auch für die Lehre von der sympathischen Ophthalmie von der grössten Bedeutung. Vor 5 Jahren habe ich die Geschichte eines Kranken mitgetheilt, der 3 Jahre lang an Cyklitis eines durch Verletzung zu Grunde gegangenen Auges behandelt worden war, aber stets an sympathischer Reizung des 2. Auges litt, so dass er andauernd weder lesen noch schreiben konnte, und bei welchem die Behandlung eines chronischen, obstruirenden Nasencatarrhs durch einfache Ausspülungen mit Salzwasser die Cyklitis in ein paar Wochen ausgeheilt hat. Seit dieser Zeit ist irgend welche Störung an dem verletzten oder an dem 2. Auge nicht mehr aufgetreten und es kann jetzt bis in die Nacht hinein andauernd und ohne Anstrengung gearbeitet werden. Die gleiche Erfahrung habe ich an anderen, demnächst zu publicirenden Fällen der Art gemacht. Nun ist ferner die landläufige Annahme, mit der Enucleation des verletzten Auges, die vor etwa 70

---

[3]) Wenn mit C. Gegenbaur's Worten jeder Fortschritt Hemmungen und Anfeindungen begegnet von Seiten Solcher, die ihn nicht begreifen oder Jener, die ihre eigene Bedeutung geschmälert sehen, so ist auch schon auf dem vorliegenden Gebiete die Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Nasenkrankheiten von M. Knies als bedeutungslos bezeichnet, von einem jungen Specialisten für Nasen- und Halskrankheiten sogar gänzlich in Abrede gestellt worden: escrive qui voudra! Uebrigens ist die Angabe von Knies, dass ich in mehreren Fällen von chronischem Glaucom „durch Galvanocaustik der Nasenschleimhaut" Erweiterung des Gesichtsfeldes erzielt habe, ungenau, denn ich habe von Blutentziehungen an der Nasenschleimhaut mittelst des angebackten, dann abgerissenen Galvanocauters gesprochen.

Digitized by Google

Jahren nach dem Vorgange von englischen Thierärzten in unsere Therapie eingeführt worden, habe man die sympathische Erkrankung des 2. Auges bei Thieren verhütet, eine wahrscheinlich ganz irrthümliche: die Enucleation hatte vielmehr nur die eine Wirkung, die Ausheilung der Verletzung an und für sich zu beschleunigen. Denn sympathische Erkrankung nach Verletzung eines Auges kommt bei Thieren, wenn überhaupt, dann jedenfalls nur ausserordentlich selten vor: Prof. Bayer in Wien und Prof. Möller in Berlin haben sie bei grossem Beobachtungsmaterial und Jahre langer Ueberwachung verletzter Thiere überhaupt noch niemals gesehen. Was man für sympathische Ophthalmie bei Thieren in einigen Fällen ausgegeben hat, ist nach Bayer und Möller die sog. Mondblindheit gewesen.

Mit der Nichtexistenz der sympathischen Ophthalmie bei Thieren fällt auch die Theorie Deutschmann's u. A. über Fortleitung der sympathischen Ophthalmie längs der Sehnerven über den Haufen, da ein derartiges Vorkommniss dann doch auch bei Thieren zu beobachten sein müsste. Die Sache erklärt sich vielmehr so, dass in Folge der durch das Trauma veranlassten Erection der Corona ciliaris eine synergische Erection auch der 2. Corona ciliaris stattfindet (sympathische Reizung), welche, wenn andauernd, in eine richtige Entzündung übergehen kann, sofern nämlich Entzündungserreger oder Infectionsträger in der Nachbarschaft, besonders in der Nase oder ihren Nebenhöhlen vorhanden sind. Diese Theorie schliesst sich also an die Theorie Schmidt-Rimpler's an, doch legt letzterer Autor Werth auf das Vorhandensein von Infectionsträgern im Körper überhaupt, was den sympathischen Process aber weniger gut verständlich macht und nicht in demselben Maasse zu positiven therapeutischen Folgerungen führt wie die hier dargelegte Anschauung. Denn es wird oft möglich sein, von der Enucleation verletzter, einen Fremdkörper nicht bergender Augen abzusehen durch Beseitigung einer Circulationsstörung und einer Eiterung in der Nase. Was bei Verletzungen an anderen Körpertheilen von fundamentaler Bedeutung ist, die Verhütung einer Blutstockung und die Beförderung des Kreislaufs, bei Verletzung der Extremitäten z. B. durch Hochlagerung derselben, das muss auch bei verletzten Augen Platz greifen und bei jedem selbst nur die Conjunctiva treffenden Trauma sollte auch die Nase untersucht und durchgespült werden, ein Grundsatz, der in meiner Praxis seit Jahren befolgt wird.

5. Wenn nach den Beobachtungen von J. Jacobson im Verlauf von fieberhaften, mit starker Congestion nach dem inneren Auge oder mit Stasen daselbst verbundenen Krankheiten, besonders bei oder nach Variola und Masern, zuvor emmetropische Kinder myopisch geworden sind, so wird es nach dem Vorhergehenden auch aus dieser Rücksicht von Werth sein, für regelmässige Ausspülung der, bei diesen Krankheiten immer mitergriffenen, Nase zu sorgen. Durch anhaltende Naharbeit sind bekanntlich durchaus nicht alle Fälle von Myopie bei Klarheit der brechenden Medien zu erklären. Es giebt Personen mit hochgradiger Myopie, die niemals viel gelesen oder geschrieben haben, z. B. Landleute, die nur mit starken Concavgläsern bewaffnet beim Pflügen sich zurechtfinden können und bei welchen man kein anderes Moment für ihre Kurzsichtigkeit findet, als hochgradigen, langjährigen Schnupfen, der dann zu

Digitized by Google

dem stärksten, oftmals wiederholten Schnauben und hierbei zu vielfacher Congestion zu dem Uvealtractus Veranlassung giebt. Ob aber die Hyperämie der Aderhaut und des Ciliarkörpers eine active, durch andauernde Naharbeit bedingte, oder eine passive ist, das müsste in der vorliegenden Frage doch wohl gleichgiltig sein. Eine weitere Störung der Refraction bei chronisch obstruirenden Nasenleiden, Astigmatismus, kommt so zu Stande, dass durch Verstopfung einer Nasenhälfte bei jungen Thieren Asymmetrie des Schädels und der Orbita erzielt wird (Ziem) und in deren Gefolge Meridianasymmetrie des Auges.

6. Die Berücksichtigung von Nasenleiden ist vielleicht auch für die Verhütung mancher Formen von Cataract von Bedeutung, da bei der Entstehung derselben, wie auch der Trübungen des Glaskörpers eine langjährige Latenz von Störungen der Circulation und der Ernährung im Corp. ciliare mitspielen muss (J. Jacobson). Thatsächlich habe ich bei den mir zur Beobachtung gekommenen Fällen von Altersstaar eine chronische Eiterung der Nase fast immer gefunden, wie auch in mehreren Fällen von noch nicht reifer Cataract durch Behandlung von Eiterungen der Nase oder der Kieferhöhle Verbesserung der Sehschärfe trotz persistirender Linsentrübung erzielt. Von Interesse in dieser Hinsicht ist vielleicht auch die Häufigkeit von Linsentrübungen gerade in solchen Gegenden, in welchen Infectionskrankheiten endemisch sind, wie z. B. im Gebiete des Ganges, und es ist ungereimt und widerspricht auch den Erfahrungen der Veterinärpathologen (H. Möller), hier mit Beheim-Schwarzbach an den Einfluss der fast ausschliesslichen Reisnahrung der Inder zu denken.

Im Uebrigen ist die Rücksicht auf vorhandene Eiterungen der Nase von grosser Bedeutung vor Ausführung der Staaroperation und in der Nachbehandlung, um eine Infection der Schnittwunde und vielleicht auch das Auftreten von Iritis zu verhüten. Man baut Paläste für Augenkranke in unseren Universitätsstädten, aber doch hört und liest man nichts davon, dass eine Einrichtung zur Anwendung auch nur der primitiven Nasendouche da geschaffen wird, welcher die unter Mr. Terson's Leitung stehende Universitätsklinik für Augenkranke in Toulouse so bemerkenswerthe Erfolge zu verdanken hat.

7. Was die Erkrankungen des Sehnerven bei Nasenleiden betrifft, so sind manche Fälle, die mit Einschränkung des Gesichtsfeldes, Störungen des Sehens besonders in der Dämmerung, Stirnkopfschmerzen, venöser Hyperämie der Papille oder undeutlicher Begrenzung derselben verbunden sind und für eine beginnende Neuritis retrooocularis öfters angesehen werden, vielmehr auf eine intraoculare Störung des Kreislaufs, auf einen Druck der angeschwollenen Chorioidea vermittelst des Haller'schen Gefässkranzes (s. oben) auf die Gefässe des Opticus oder selbst auf eine Störung der Circulation in der von der Aderhaut versorgten Pigmentschicht und somit auch (J. v. Gerlach, Möller) in der Stäbchen- und Zapfenschicht der Retina zu beziehen und durch Behandlung eitriger, obstruirender Nasenleiden manchmal in kürzester Frist zu beseitigen. Die von mir selbst früher getheilte Annahme von E. Berger, dass da meistens eine Erkrankung des Sinus sphenoidalis vorliege, die auf den an der oberen äusseren Wand derselben verlaufenden Nerv. opticus übergehe (Neuritis retrooocularis canalicularis), besonders

Digitized by Google

bei Dehiscenzen in der Wand des Sinus, ist wohl nur für vereinzelte Fälle zutreffend. Einen der ersten Fälle, in welchem die Annahme einer Eiterung des Sinus sphenoidalis gemacht wurde, habe ich übrigens im Jahre 1878 bei J. v. Hasner in Prag gesehen, bei jenem eigenartigen, scharfsichtigen Ophthalmologen, der dem nullius in verba sein ganzes Leben lang treu geblieben ist. Ueber die Form der Einschränkung des Gesichtsfeldes bei auf den Sinus sphenoidalis und seine allernächste Umgebung beschränkter Erkrankung weiss man trotz Berger's gegentheiliger Ansicht bisher nichts Bestimmtes, da einerseits reine Fälle der Art zur Section noch nicht gekommen sind, andererseits aber in hierher gehörigen Beobachtungen der Neuzeit über Eiterung des Sinus sphenoidalis sowie auch in einem von Lyonnet und Regaud soeben veröffentlichten Falle von Tumor des Keilbeins eine genaue und erschöpfende Untersuchung der Augen während des Lebens nicht stattgefunden hat bezw. wegen Erblindung des betreffenden Auges nicht mehr hat stattfinden können. Die sichere Unterscheidung einer Hyperämie der Sehnervenpapille als Folge einer Neuritis retrooocularis und einer solchen als Folge einer Hyperämie der Aderhaut ist noch zu begründen. Thatsächlich ist bei mehreren Kranken meiner Praxis mit z. Th. vollständiger Atrophie beider Sehnerven, die in verschiedenen Kliniken und mit den eingreifendsten Methoden behandelt waren, das Vorhandensein obstruirender Nasenleiden gänzlich übersehen worden und bei einfachem Ausspülen der Nase mit Salzwasser, mit oder ohne gleichzeitige Ableitung auf die Regio retrolobularis, wenigstens doch die Beseitigung der bis dahin vorhanden gewesenen Kopfschmerzen und eines Schwindelgefühls erreicht worden: eine Erkrankung der Sinus sphenoidales hat hier wohl kaum vorgelegen.

Manche Fälle von sog. genuiner Atrophie der Sehnerven, besonders solche, die mit Thurmkopf verbunden sind, möchte Berger auf eine Störung in der Entwicklung des Keilbeins bezw. auf Compression der Sehnerven innerhalb des Canal. opticus durch Knochenwucherung beziehen, auf Grund eines von Ponfick anatomisch untersuchten und in dieser Weise gedeuteten Falles.

In einem von Schmidt-Rimpler beobachteten Falle ist nach Ausreissen und Auskratzen von Nasenpolypen trotz nur geringer Blutung Neuroretinitis und später Atrophie des Sehnerven eingetreten, was entgegen Berger's Annahme als Folge einer Verletzung des Canal. optic. aus anatomischen Gründen wohl kaum erklärt werden kann. Starke Blutung bei Exstirpation von Nasenpolypen ist in einem anderwärts operirten, 10 Jahre später von mir gesehenen Falle wahrscheinlich gleichfalls der Ausgangspunkt einer Atrophie beider Sehnerven gewesen. Auch Blutung in die Netzhaut ist bei Eiterung der Kieferhöhle beobachtet, starke Blendung der Netzhaut in einem Falle meiner Beobachtung durch das Bestehen einer hochgradigen Störung der Circulation in der Nase in ihrer Ausgleichung sehr gehemmt worden.

8. Zellgewebsentzündung der Orbita mit Exophthalmus, mit oder ohne Neuritis optica u. s. w. geht viel öfter als man bisher angenommen, von einer Eiterung der Kieferhöhle aus, ohne dass eine Trennung der Continuität der Wandungen der letzteren vorhanden wäre, sondern durch Fortleitung mittels der Venen oder Lymphgefässe oder längs der Contiguität (Ziem, Berger), seltener von einer Eiterung oder Caries des Siebbeins,

Digitized by Google

der Stirnhöhle oder des Keilbeins (Lancereaux). Phlebitis der Orbita und sodann des Sinus cavernosus ist bei Furunkeln des Naseneingangs nicht ganz selten beobachtet worden. Ebenso geht Caries der Orbita mit Bestimmtheit zuweilen, mit Wahrscheinlichkeit oft von einer Eiterung der Kieferhöhle aus: Die frühere Anschauung, dass Erkrankung des Zellgewebes oder der Knochen der Orbita das Primäre, die Eiterung der Nase und der Kieferhöhle das Secundäre sei, ist sicherlich falsch. Exophthalmus bei Tumoren der Kiefer-, Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhle, bei Fracturen des Keilbeins und Verletzung der Carotis (Ex. pulsatilis), bei mit Nasenleiden zusammenhängender Basedow'scher Krankheit (Hopmann u. a. A.), Emphysem der Orbita nach gewaltsamem Schnauben und Niesen bei Fracturen und Dehiscenzen des Siebbeins u. s. w. u. s. w.

9. Auf die Aussenmuskulatur des Auges können Nasenkrankheiten in mehrfacher Weise einwirken. Zunächst ist hier zu erwähnen der bei Thieren von mir experimentell erzeugte Strabismus bei asymmetrischer Entwicklung des Siebbeins und der Orbita in Folge von chronischer Obstruction der Nase. Sodann einige in der Literatur verzeichnete sowie 2 mir selbst vorgekommene Fälle von Strabismus convergens, die alle durch Beseitigung einer Hypertrophie der unteren Nasenmuschel, einer Verbiegung des Septum oder einer Eiterung der Kieferhöhle geheilt worden sind. In dem Fall von Kibbe ist ein Abductionsprisma von 3^0 erforderlich gewesen, in meinem ersten gar von 12^0, in meinem zweiten war Jahre lang 4^0 getragen worden. Vielleicht kommt hier die anastomotische Beziehung der die Kieferhöhle wie auch die Mm. rect. inf. und obliq. inf. versorgenden Infraorbitalgefässe in Betracht, da bei Anschwellung der Schleimhaut des Sinus maxillaris eine Stauung auch im Gebiete jener Muskeln vorhanden sein dürfte mit Insufficienz derselben und Abweichung des Bulbus nach Innen. — Ferner ist in mehreren von mir beobachteten Fällen von Lähmung des Oculomotorius bei syphilitischer Erkrankung der Basis des Gehirns auffällige Besserung in der Beweglichkeit des Oberlides erst eingetreten, als ausser der Verordnung von Jod und electrischer Behandlung auch noch Ausspülungen der eine eitrige Erkrankung zeigenden Nasenhöhle vorgenommen und hierdurch eine freiere Circulation auch in der Schädelhöhle hergestellt worden war. — Dass bei Tumoren in den Nebenhöhlen Lähmung der Muskeln des Bulbus sowie der Lider eintreten kann, ist selbstverständlich.

10. Tenonitis hat schon J. Jacobson in einem Falle auf einen primären eitrigen Nasencatarrh zurückgeführt. In einem Falle meiner Beobachtung hat neben Cataplasmiren des Auges das regelmässige Ausspülen der eitrig erkrankten Nasenhöhle die Heilung sehr gefördert.

11. Von Erkrankungen der Lider im Gefolge von Nasen- und Rachenkrankheiten ist zu erwähnen:

a) das Oedem als Störung der Circulation (Ziem, Bettmann) in Folge der Obstruction der Nase, besonders bei Heufieber, Rosenschnupfen und Jodschnupfen, sowie bei acuter Otitis media (Jos. Gruber u. A.) in Folge von Naseneiterung; ferner nach Wasserinfiltration bei verunglückter Anbohrung der Kieferhöhle sowie bei Dehiscenzen in der Facialwand derselben;

Digitized by Google

b) die Sugillation nach gewaltsamem Ausschnauben bei chronischer Nasenobstruction, nach Keuchhusten sowie nach Verletzung der Art. infraorbitalis beim Anbohren der Kieferhöhle;
c) das Erysipel bei putrider Erkrankung der Stirn- oder Kieferhöhle;
d) der Abscess bei Eiterungen der Kieferhöhle, besonders auch nach Influenza, und nach Biss in die Nase;
e) das Emphysem nach Verletzungen und Caries des Siebbeins oder der Kieferhöhle, besonders beim Schneuzen;
f) der Spasmus bei Entzündung, Geschwüren und Narben der Rachenorgane, besonders der Gaumenbogen und der Uvula, bei Eiterungen und Anschwellungen in der Nasen- und Kieferhöhle;
g) die Lidlähmung bei chronischer, von der Nase ausgehender Ohreiterung, bei Tumoren der Stirnhöhle (Ptosis), der Lagophthalmus bei Anschwellung des Corp. adipos. malae in Folge von Rachentumoren (Voltolini), Offenbleiben der Lidspalte im Schlafe bei adenoiden Vegetationen und Anschwellung der Nasenschleimhaut;
h) das Ectropion und Entropion sowie die Blepharadenitis bei von der Nase ausgehender chronischer Conjunctivitis.

* * *

Im Vorhergehenden sind die Ergebnisse literarischer Studien sowie eigener, z. Th. seit 1½ Dezennien fortgeführter Beobachtungen kurz zusammengefasst worden. Eine ausführlichere, Beweise im Einzelnen bringende Darstellung soll bald folgen. Soviel jedenfalls ist jetzt schon deutlich, dass den Krankheiten der Nase auch auf diesem Gebiete eine weitaus grössere Bedeutung zukommt, als man früher geahnt hat. Das schöne, von Zimmermann dem Staaroperateur gewidmete Wort: „Du kannst die Sonne sein, mir hell zu tagen" darf, wenn auch nicht in seinem ganzen, stolzen Glanze, auch auf den Nasenarzt angewendet werden, der langjährige, ohne dauernden Erfolg bis dahin behandelte Augenleiden zur Ausheilung bringt. Die durch übermässiges Specialisiren künstlich auseinander gezerrten Gebiete müssen, wie ich schon verschiedene Male hervorgehoben, wieder zusammengefasst werden: freilich wird man dann mehr als dies, im Gegensatze zu Frankreich, bei uns in Deutschland geschieht, vor Allem dem Studium der topographischen Anatomie und der Gefässbeziehungen zwischen den Nachbarorganen sich zuzuwenden haben. Viele der überraschendsten Erfolge, die ich auf dem vorliegenden Gebiete erzielt, führe ich auf das seit Jahren mit Vorliebe von mir betriebene Studium der topographisch-anatomischen Beziehungen zwischen Auge und Nase zurück und ich kann auch an dieser Stelle nicht unterlassen, dem Begründer der topographisch-anatomischen Forschung in Deutschland, dem Verfasser des klassischen Handbuchs der topographischen Anatomie, dem Weisen von Perchtoldsdorf, Josef Hyrtl, sowie dem Andenken des im vorigen Jahre entschlafenen Wilhelm Braune, der in seinem topographisch-anatomischen Atlasse sich selbst ein Denkmal gegründet hat, das mit einem Worte des Simonides von Keos niemals das Moos mit Vergessenheit zudecken noch die allverderbende Zeit vertilgen wird, tiefempfundenen Dank abzustatten für alle Anregung, die ihre Werke mir gewährt, für alle Ideen, die ich daraus geschöpft habe.

Digitized by Google

Rhinologische Mittheilungen

von

Dr. **J. Herzfeld**, Berlin.

I. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Nasenrachenraum in Narcose bei herabhängendem Kopfe.

Im Februar dieses Jahres war ich gezwungen, aus dem Nasenrachenraum ein Röhrchen zu entfernen, das aus Hartgummi gearbeitet und 4½ Ctm. lang war. Der grösste Durchmesser des Röhrchens betrug 5 Mmtr. Die Patientin, ein junges Mädchen von 17 Jahren, litt an grosser Enge des rechten unteren Nasenganges, zu dessen allmähliger Erweiterung ihr einige Tage bereits dieses Röhrchen auf einige Stunden hineingeführt worden war. Da glitt es eines Tages durch die engste Stelle hinweg, war nicht mehr von vorne zu sehen und noch viel weniger auf dem natürlichen Wege hinauszuschaffen. Rhinoscopisch sah man das eine Ende fest der hinteren Rachenwand anliegen. Ich versuchte zunächst das Röhrchen mit meinem Finger vom Munde aus wieder in die Nase hineinzuschieben, was aber nicht gelang. Ebenso versuchte ich vergebens, das Röhrchen von vornher mit Nasenpincetten zu entfernen. In Folge der vielen Entfernungsversuche hatte sich das Röhrchen schliesslich vollständig quer im Nasenrachenraum gestellt, und zwar stach das eine Ende im rechten Ostium tubae, das andere in der linken Rosenmüller'schen Grube. Auch jetzt gelang es dem Finger nicht, das Röhrchen, das in seiner ganzen Länge zu verfolgen war, trotz grosser Geduld der Patientin und starken Cocainisirens des Nasenrachenraums, zu entfernen. Ich entschloss mich daher zur Narkose, und zwar bei herabhängendem Kopfe, und hebelte nun mit Gewalt das eine Ende aus dem Ostium tubae heraus. Dass ich den Eingriff bei herabhängendem Kopfe gemacht habe, was ich auch bei ähnlichen schweren Entfernungen sehr empfehlen möchte, kam mir sehr zu Statten. Das in Folge des vielen Schleims schlüpfrig gewordene Röhrchen entglitt nämlich kurz vor der Entfernung aus dem Munde, fiel in den Rachen zurück, wo es aber leicht mit einer Kornzange gefasst und entfernt werden konnte. Wäre nicht die Vorsicht mit dem herabhängenden Kopf angewandt worden, so hätte der Fremdkörper leicht auf den Aditus laryngis fallen und hier zu folgeschweren Erscheinungen Veranlassung geben können.

Wunderbar ist, dass in keinem der gebräuchlichen Lehrbücher für Hals- und Nasenkrankheiten eine Notiz über die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Nasenrachenraum in Narkose bei herabhängendem Kopf zu finden ist, so geläufig auch den Chirurgen Operationen bei herabhängendem Kopfe sind. Im Gegentheil, man wird in fast allen diesen Büchern darauf aufmerksam gemacht, dass man beim Hineinstossen eines Fremdkörpers in den Nasenrachenraum, falls derselbe von der Nase aus nicht zu entfernen ist, mit dem einen Finger im Munde den Fremdkörper auffangen soll, damit derselbe nicht auf den Kehldeckel falle. Am eingehendsten beschäftigt sich Voltolini[1]) hiermit, indem er Seite 154 des

[1]) Voltolini: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Breslau 1888.

Digitized by Google

unten citirten Werkes räth, mit einem löffelartigen Instrument, das gegen die hintere Rachenwand angedrückt wird, den Fremdkörper aufzufangen, wenn er hinten aus der Choane fällt. Alle diese Vorsichtsmaassregeln und Instrumente, die gelegentlich doch im Stiche lassen können, werden unnöthig, sobald man die Entfernung bei herabhängendem Kopf macht, ohne, oder wenn dieselbe Schwierigkeiten macht, mit Chloroform. — Ich will nicht unerwähnt lassen, dass ich bei grossen adenoiden Vegetationen, sofern die Patienten sehr widerspenstig sind, auch die Narkose bei herabhängendem Kopfe anwende, wobei man am sichersten vor dem Hinabfallen des Tumors auf den Kehldeckel, wie es Voltolini erlebt und beschrieben hat (pag. 363 l. c.), geschützt ist. — Interessant war übrigens noch in meinem Falle, dass die an Schwerhörigkeit leidende Patientin einige Stunden nach der Entfernung auf dem rechten Ohr, in dessen Tube das Röhrchen gesteckt hatte, in Folge der stattgefundenen Erweiterung der Tube bedeutend besser hörte, welcher Effect aber bald wieder zurückging.

II. Ein Fall von Erysipel der Septum-Schleimhaut mit Uebergang in Abscess-Bildung beiderseits.

Der Kaufmann A. H., einige 30 Jahre alt, ist bis auf Lues, die er vor 4 Jahren sich zugezogen hatte, stets gesund gewesen. Im März 1891 habe ich den Patienten an linksseitigem Kieferhöhlen-Empyem behandelt, das durch Ausspülungen in kurzer Zeit vollständig ausheilte. Sein Leiden, das ich hier näher beschreiben will, begann in den ersten Tagen des Januar 1892 mit Fieber und grosser Benommenheit. Da ich den Patienten erst am 6. Krankheitstage sah, habe ich den vorher behandelnden Collegen, Herrn Dr. Rosenberg, gebeten, mir eine Mittheilung über den Verlauf der Krankheit in den ersten 6 Tagen zugehen zu lassen. Dieselbe lautet wie folgt: „Als ich in den ersten Tagen des Januar zu dem Pat. gerufen wurde, klagte er über Schwellung der Nase, grosse Mattigkeit und Hitze. Ich fand die Nase aussen nur mässig geschwollen, nicht geröthet, nicht schmerzhaft beim Berühren; innen dagegen war die Schleimhaut geröthet, etwas angeschwollen, und zwar namentlich beiderseits am Septum. Temperatur 39,5°. In den nächsten Tagen nahm die Schwellung trotz Bleiwasser-Umschlägen und 3procentigen Borwasser-Ausspülungen in der Nase so beträchlich zu, dass die Athmung erschwert wurde. Auch äusserlich vermehrte sich die Schwellung und gleichzeitig trat auch hier Röthung der Haut ein. Die Temperatur schwankte zwischen 38,5° und 39,5°."

Als ich den Patienten mit Herrn Collegen Rosenberg am 8. Jan. 1892, dem 6. Krankheitstage, zum ersten Male sah, war die Nase und die Umgebung in einer Ausbreitung von über 2 Ctm. stark geschwollen, die unteren Augenlider waren stark ödematös, so dass das ganze Gesicht stark entstellt war. Aus der Nase selbst hingen, den Introitus narium vielleicht noch $^1/_2$ Ctm. weit überragend, 2 hochrothe, glatte, kugelartige Wülste hervor.

Bei näherer Untersuchung liessen sich dieselben leicht eindrücken, aber nicht vollständig in die Nase zurückbringen. Das Sondiren war übrigens sehr schmerzhaft. Patient fieberte und fühlte sich sehr krank, bekam natürlich absolut keine Luft durch die Nase. Nach kräftigem

Digitized by Google

Cocainisiren konnte ich feststellen, dass die geschwollene Partie vom Septum auf beiden Seiten ausging. In den nächsten Tagen wurden wiederholt grosse Incisionen in die geschwollenen Partieen gemacht, worauf sich stets sehr viel Pus und Sanguis entleerte. Die Schwellung war in 2 Tagen so verkleinert, dass sie nicht mehr über den Introitus narium hervorragte; da dieselbe sich aber immer wieder innerhalb der Nase bildete, ging ich durch die Incisions-Oeffnung mit dem scharfen Löffel zwischen Septum-Knorpel und der abgehobenen Schleimhaut ein und entfernte durch Auskratzen sehr viel Granulationen. Das Septum war so weich, dass es leicht mit dem scharfen Löffel durchstossen wurde. Unter diesen Auskratzungen mit nachfolgendem Bestreichen der Wundflächen mit einer 3procentigen Pyoctaninlösung ging die Schwellung zurück, die Secretion hörte auf und die Perforation heilte zu. Bald hatte sich die Schleimhaut beiderseits wieder fest an das Septum angelegt; das letztere wurde fest und starr, so dass Patient nach 3wöchentlicher Behandlung als geheilt entlassen werden konnte. Die Infiltration der äusseren Nase wie deren Umgebung, ebenso die Oedeme der Augenlider waren bereits in den ersten Tagen zurückgegangen. — Dass Krankheitsprocesse dieser Art, auf deren Natur ich später noch eingehen werde, sehr selten sind, kann man wohl daraus schliessen, dass ich einen solchen unter 4000 Hals- und Nasenkranken erst ein Mal zu beobachten Gelegenheit hatte. Der Fall hat übrigens eine grosse Aehnlichkeit mit den beiden von Voltolini in seinem Handbuch erwähnten, von denen der eine von ihm selbst, der andere von Moure[2]) beschrieben worden ist. Im letzteren Falle, dessen Krankengeschichte vollständig mit der meinigen übereinstimmt, war auch die Schleimhaut der Nasenscheidewand so angeschwollen, dass sie „beinahe eine Hernie am Eingang der Nase bildete". Der Befund meines Falles hat auch eine gewisse Aehnlichkeit mit den von Jurasz[3]) beschriebenen 6 Fällen von Hämatom der Nasenscheidewand, wenigstens so weit er das Innere der Nase betrifft. Hier waren auch grosse, auf beiden Seiten des Septum breitbasig und symmetrisch sitzende Tumoren mit deutlicher Fluctuation vorhanden. In diesen Fällen war aber überall ein Trauma vorausgegangen, und zwar stets ein Fall auf die Nase, was in meiner Krankengeschichte nicht der Fall war; auch bestand keine Communication bei meinem Patienten wie dort stets, wenngleich der Septum-Knorpel auch necrotisch war und leicht mit dem Schäferschen scharfen Löffel durchstossen werden konnte. Ebenso verhält es sich mit den 5 von Schäfer[4]), beschriebenen Fällen von Septumabscess, die auch alle nach einem Trauma entstanden waren und bei denen es auch zur Bildung von blasenartigen Tumoren kam, in 4 Fällen einseitig, in einem Fall doppelseitig, ohne aber zu communiciren. Auch hier kam es in allen 5 Fällen zur Entleerung von necrotischen Knorpelstückchen. Derartige Fälle sind mir auch zwei Mal zur Beobachtung gekommen und sind leicht von dem von mir oben beschriebenen zu unterscheiden. Die Beschwerden bleiben stets auf das Naseninnere beschränkt, die Patienten sind fieberfrei und fast immer ist, wie auch bei den beiden von mir

[2]) Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinol. No. 8, 1888.
[3]) A. Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege.
[4]) Therapeutische Monatshefte 1891.

Digitized by Google

beobachteten Hämatomen, eine Verletzung als Ursache der Erkrankung nachzuweisen. Eine Verwechslung mit derartigen Fällen ist von vornherein in meinem oben näher beschriebenen Fall auszuschliessen. Patient war ohne äussere Ursache mitten im besten Wohlbehagen plötzlich mit hohem Fieber erkrankt, fühlte sich gleich sehr krank und zeigte durchaus das Bild eines schweren Infectionskranken. Ich brauche nicht erst auf den Unterschied mit jenen so häufig zur Beobachtung kommenden Gesichts-Erysipelen, die in kleinen Erosionen im Innern der Nase ihren Ursprung haben, aufmerksam zu machen. Während hier der Hauptprocess sich im Gesicht abspielt und von dort oft weiter wandert, war in dem beschriebenen Falle hauptsächlich das Naseninnere befallen. Es könnte nun noch die Frage aufgeworfen werden, ob es sich nicht von vornherein um eine Phlegmone des Septum gehandelt hätte. Gegen diese Annahme sprechen aber der plötzliche und schnelle Verlauf, die rapid schnell entstandenen starken Schwellungen, das hohe Fieber und vor Allem die aussen am Gesicht scharf abgegrenzte Erysipelröthe. Allerdings war allmählig das Bild des Erysipels ganz verschwunden und dafür das einer echten Phlegmone des Septum eingetreten; häufig ist dieser Uebergang des Nasenerysipels in eine so starke Phlegmone jedenfalls nicht, wenngleich ja auch der ganze geschilderte Process auf demselben Krankheitserreger beruhen kann. Zwar sind bacteriologische Untersuchungen nicht angestellt worden, doch hätten dieselben wohl kaum zu einer sicheren Erkenntniss geführt, da der Streptococcus erysipelatis und der Streptococcus pyogenes bacteriologisch noch nicht zu differenziren sind. Nach den ausgezeichneten Versuchen Hajek's spricht jedenfalls die eingetretene Eiterung nicht gegen die Annahme, dass es sich von vornherein um ein Erysipel gehandelt hat. Hajek[5]) hat im Gegensatz zu Fehleisen wiederholt durch Einimpfen von Reinculturen von Streptococcus erysipelatis neben dem Erysipel Abscesse und Phlegmonen bei Thieren erzeugt, so dass wir ungezwungen den ganzen Krankheitsprocess in Uebereinstimmung mit dem klinischen Verlauf als einen erysipelatösen auffassen können.

II. Referate.

a) Otologische:

Geschwülste der Ohrmuschel. Von Dr. G. Bacon, New-York. (Annals of Ophthalmology and Otology, Juli 1893.)

Verf. berichtet über einige Fälle von Cysten, Atheromatomen und anderen Geschwülsten. Darunter ist ein interessanter Fall eines Hämatoms, das sich nach einem Fusstritte gegen das Ohr entwickelt hatte. Aspiration und Druckverband brachten Heilung herbei. Es blieb nur eine Verhärtung und Verdickung am oberen und hinteren Rande der Ohrmuschel zurück.

---

[5]) M. Hajek: Ueber das ätiologische Verhältniss zwischen Erysipel und Phlegmone. (Wiener med. Presse 1886.)

Digitized by Google

Ein anderer Fall war der eines doppelseitigen Fibroms der Ohrläppchen, die sich nach dem Durchbohren des Lobulus innerhalb vier Jahren ausgebildet hatten. Patientin war eine 17jährige Weisse. (Derartige Fibrome werden nach manchen Autoren viel häufiger bei Negerinnen angetroffen.) Die Geschwülste waren etwa haselnussgross, schmerzlos, glatt und eine derselben gestielt. In der Narcose wurden beide Geschwülste mittels elliptischen Schnittes mitsammt der Kapsel entfernt. Seidennähte und Jodoform-Collodium-Verband. Am dritten Tage wurden die Nähte entfernt. Heilung per primam intentionem. Microscopisch erwiesen sich die Geschwülste als Fibrome.

Zwei Fälle von Necrose der Schnecke. Von Dr. Thies. (Archiv für Ohrenheilkde. Bd. XXX, XIV.)

Fall 1. Ein 26jähriger Diener, der schon seit dem 2. Lebensjahre nach Masern an beiderseitiger Otorrhoe litt, kam fiebernd, mit heftigem Schwindel und completer rechtsseitiger Facialislähmung zur Beobachtung. Rechts bestand profuser, fötider Ausfluss und Granulationswucherung. Flüstersprache = 0, W. V. nach links, Kopfknochenleitung R′ geschwunden. Nach länger dauernder Schmerzhaftigkeit der ganzen rechten Kopfhälfte stiess sich unter plötzlichem Nachlassen der Schmerzen der necrotische Rest der Schnecke ab, der aus der halben dritten und $^2/_3$ der zweiten Windung bestand. Danach gingen Eiterung und Facialparese langsam, aber vollständig zurück, das Gehör blieb gleich Null.

Fall 2. 56jähriger Mann, bei dem rechts nach acht Jahre langem Bestehen einer Ohreiterung, $^1/_4$ Jahr nach dem Auftreten von Schmerzen, Granulationsbildung und Facialparalyse, die sequestrirte Schnecke entfernt wurde. Das Knochenstück enthält die halbe dritte und ganze zweite Windung mit theilweise erhaltener peripherer Knochenkapsel. Zehn Jahre später war die Eiterung sistirt, die Facialparalyse geblieben; jede Gehörsempfindung fehlte. Gomperz.

Caries der ganzen Schläfenbeinpyramide. Von Dr. Max Thorner, Cincinnati-O. (Cincinnati Lancet-Clinic, 10. Juni 1893.)

Fall eines zweijährigen Mädchens, das seit der Geburt an Otorrhoe litt. Das Kind war schlecht entwickelt, hatte mässiges Fieber und stammte von tuberculösen Eltern Nach Entfernung von zahlreichen, den ganzen Gehörgang ausfüllenden Granulationen drang die Sonde im oberen und hinteren Theil des Gehörganges in eine mit losem Knochen gefüllte Höhle ein. Nach ausgiebigem Hautschnitt drang das Messer leicht durch den oberflächlich erkrankten Knochen in die mit Granulationen, stinkendem Eiter und cariös zerstörten Knochen gefüllte Höhle ein. Die ganze Pyramide konnte ohne Schwierigkeit mit der Zange entfernt werden. Die Höhle wurde ausgekratzt und alles Granulationsgewebe nach Kräften entfernt. Nach der Operation war die Temperatur normal. Im Eiter und den entfernten Granulationen wurden keine Tuberkelbacillen gefunden. Nach etwa $1^1/_4$ Jahren war trotz der ungünstigen Prognose völlige Heilung eingetreten. Die Abscesshöhle hatte sich geschlossen und der äussere Gehörgang führte in eine mit Epidermis und solidem Narbengewebe ausgefüllte grosse Höhle. Das Kind sah gesund und robust aus. Keine Facialisparalyse.

Digitized by Google

Ein Fall von erworbener Taubstummheit mit Section. Von Dr. P. C. Larsen und Dr. Holger Mygind. (Archiv f. Ohrenheilkde. Bd. XXX, XV.)

Es handelte sich um einen 27jährigen Taubstummen, der sein Leiden im Alter von 2½ Jahren acquirirt hatte, offenbar nach Gehirnentzündung. Die Schläfebeine zeigten bei der sehr sorgfältigen Untersuchung beiderseits fast gleiche Verhältnisse: Gehörgang, Trommelfell und Paukenhöhle boten nichts Abnormes, erst an der Fenestra ovalis begannen die pathologischen Veränderungen. Die Basis stapedis fehlte, die Crura endeten frei neben der stark verengten Fenestra ovalis. Die Fen. rotunda zeigte vollkommenen knöchernen Verschluss. Von den Canales semicirculares war keine Spur zu entdecken, die Höhle des Vestibulum war bedeutend verengt, ohne einen Rest des membranösen Inhaltes, die Schnecke zeigte sich nur in der ersten Windung angedeutet, ihre Hohlräume waren aber von sclerotischer Knochenmasse ausgefüllt. Der innere Gehörgang war normal, bis auf das gänzliche Fehlen der Maculae cribr. inf. et mediae. Die Hörnerven waren sehr verdünnt, die N. vestibuli war zu einem zarten, bindegewebigen Faden geschrumpft; im N. acusticus ward starke Bindegewebs-Entwicklung und fast vollständige Atrophie der Nervenfasern constatirt.

Zusammengehalten mit der genau erhobenen Anamnese, der zu Folge das Kind sein Gehör erst nach der Krankheit verlor, glauben die Verfasser die vorliegenden Veränderungen als einen Beweis dafür auffassen zu dürfen, dass postfoetal auftretende Entzündungsprocesse an dem inneren Ohre vollständig localisirt verlaufen können, ohne das Mittelohr nachweisbar zu ergreifen, und dass sie dieselben Entzündungsprocesse hinterlassen können, wie Entzündungen in anderen Theilen des Knochensystems.

Die theilweise Atrophie des N. acusticus fassen die Autoren als die Folge einer vom Labyrinth ausgehenden secundären Degeneration, die bei der Untersuchung des Gehirnes gefundene erhebliche Abflachung der dritten linken Frontalwindung als Inactivitätsatrophie in Folge der Stummheit auf. Gomperz.

Influenza-Otitis. Von Dr. Ludewig. (Ibidem XVII.)

An der Hallenser Klinik kamen in den Monaten December und Januar 1887/88 39, 1888/89 ebenfalls 39, dagegen 1889/90, zur Zeit der grossen Influenza-Epidemie, 129 Fälle von acuter Mittelohrentzündung zur Beobachtung; ungefähr 88 von diesen Fällen waren Influenza-Otitiden.

Ein pathognostisches Characteristicum ergab sich aus der ganzen Beobachtungsreihe nicht; häufig griff aber die Entzündung auf den Knochen über, gar nicht selten folgte acute Caries; ein Fall endete lethal durch Sinusphlebitis mit Pyaemie; in einem anderen war es zu ausgedehnten Zerstörungen des Knochens und zu epiduralem Abscess gekommen, der glücklich aufgefunden wurde. Neuralgien im Ohre durch Influenza waren nicht gesehen worden. Gomperz.

Eine neue Methode zur Gewinnung von Corrosionspräparaten des Ohrlabyrinthes. Von Dr. O. Eichler. (Ibidem XVI.)

E. legt darauf Werth, vor dem Eingiessen des Wood'schen Metalles die Luft aus dem Schläfebeine auszupumpen, wozu er einen eigenen

Digitized by Google

Apparat construirte. Der Vorwurf der Unvollkommenheit gegen die Siebenmann'sche Methode kann nicht als berechtigt anerkannt werden.
Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Husten, von der Nase ausgehend. (Cough of nasal origin.) Von Maximilian Herzog, M. D., Cincinnati. (Med. News, 24. Juni 1893.)

Nach geschichtlicher Einleitung erzählt Verfasser einen Fall eines 21jährigen Mädchens, welches seit fast drei Jahren an Husten und Fremdkörpergefühl im Halse litt. Er fand bei ihr eine Schleimhautbrücke zwischen der unteren Muschel und dem Septum, nach deren Durchtrennung die Beschwerden sofort aufhörten. Das Interessante dabei war, dass die Berührung der Brücke keinen Husten hervorrief.
M. Schm.

Die nasale Reflexneurose. Von Dr. W. Fliess in Berlin. (Sep.-Abdruck aus den „Verhandlungen des XII. Congresses für innere Medicin zu Wiesbaden, 1893".)

F. stellt die Behauptung an die Spitze seines Vortrages, dass ein wohlbestimmtes Symptomenbild existire, dessen Vorhandensein den Schluss auf nasalen Ursprung gestatte. Er verwirft die zufällige Abhängigkeit besonderer nervöser Beschwerden von der Nase und spricht nicht mehr von einzelnen Reflexneurosen, sondern erkennt nur den einheitlichen Begriff einer nasalen Reflexneurose an. Wohl erzeugen die Nasenveränderungen nicht immer eine Krankheit sui generis, indessen bestimmen sie immer die Form der Beschwerden, mögen sie, wie bei der Neurasthenie, auch ganz andere Ursachen haben. Die nasale Reflexneurose ist also kein Symptom, das auf den Process hinweist, sondern sie ist ein Syndrom, das auf die Localität schliessen lässt. Die Pars respiratoria der Nase hat ihre Localzeichen, wie ein jedes andere Organ, und der Zeichencomplex der nasalen Reflexneurose ist der klinische Ausdruck davon.
Beschorner.

Fall von tuberculösem Nasenscheidewandtumor beim Kind, mit scheinbar gesunden Lungen. Wahrscheinlich primäre Naseninfection. (Sur un cas de tumeur tuberculeuse de la cloison chez un enfant avec poumons sains en apparence. Infection nasale probablement primitive.) Von Prof. Dr. Chiari. (Revue de laryngologie 1893, No. 6.)

Seltene Fälle; man soll immer bei solchen zweifelhaften Tumoren die bacteriologische Untersuchung vornehmen.
Dr. P. K.

Secundäre Nasalsymptome der erworbenen Syphilis bei Erwachsenen. (Des accidents secondaires des fosses nasales dans la syphilis acquise chez l'adulte.) Von Dr. Paul Tissier. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1893, No. 2.)

Verf. giebt die genaue, bisher etwas vernachlässigte Beschreibung der verschiedenen Formen der Nasensyphilis.
Dr. P. K.

Digitized by Google

Ozäna. (Lanc., 22. April 1893.)

Dr. Knott besprach in der Section for Medicine in der Royal Academy of Medicine in Irland vier Fälle, in denen die Kranken einen schlechten, wie es scheint, subjectiven Geruch hatten, den er auf eine Affection des Bulbus olfactorius beziehen wollte. (Ref. meint, dass es dann keine Ozäna nach dem Sprachgebrauch, den wir jetzt mit dem Worte verbinden, gewesen sei. Er hegt ferner den Verdacht, dass es sich in den Fällen um Nebenhöhleneiterungen gehandelt haben könnte. Es ist nichts darüber bemerkt, dass eine Erkrankung derselben ausgeschlossen gewesen wäre.) M. Schm.

Makroscopische Anatomie des Jacobson'schen Organes beim Rinde und Schafe. (Anatomie macroscopique de l'organe de Jacobson chez le boeuf et chez le mouton.) Von Dr. P. Rangé. (Arch. internat. de Laryngolog. etc, Juli/Aug. 1893, Band VI.)

Dieses, von Jacobson im Jahre 1811 zuerst beschriebene Organ findet sich in voller Ausbildung bei den Wiederkäuern und den Nagethieren als eine knorpelige Röhre, welche, einen cylindrischen, fibrösen Sack umschliessend, beiderseits von vorn nach hinten, wie die Rohre einer Doppelflinte, an der knöchernen Nasenscheidewand verläuft. Beim Menschen findet sich das Organ nur in der Rückbildung und soll zu mannigfachen Krankheitsprocessen Veranlassung geben, so gewissen Verkrümmungen der Nasenscheidewand (Loewe, Onodi, Sandmann), auch zum Ulcus perforans septi (M. Potiquet), wie es Voltolini, Rossbach und Hajek beschrieben haben. — Einzelheiten müssen im Originale, welchem gute, das Verständniss erleichternde Abbildungen beigegeben sind, nachgelesen werden. Beschorner.

Zustand der Nase bei Typhus. (De l'état du nez dans la fièvre typhoide.) Von Dr. Paul Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 3.)

Bisher wenig beachtet, während doch schon das pathognomonische Nasenbluten an typische Veränderungen denken lässt. Im Anfangsstadium ist die Mucosa blass und in allen Fällen sehr trocken bis zur Convalescenz hin; nie wird die von Guéneau de Mussy erwähnte Röthung bemerkt; Coryza besteht nie in diesem Anfangsstadium und die Nase ist nie verstopft, trotzdem dass Mundathmen besteht. Auf der Schleimhaut und namentlich am vorderen Theile des Septum bemerkt man Niederschläge von weissem, pulverförmigen Exsudat. Die Blutung in dieser ersten Periode kommt immer aus einer am vorderen Theile des Septum gelegenen Erosion. Verf. nimmt diese Erosionen, ähnlich den Darmgeschwüren, als specifisch an; an dieser Septumstelle sind die Capillaren ectatisch, der Luftstrom stösst hier direct an, hier findet das Trauma mittelst Fingernägel und Nasentuch statt; diese Erosionen, wenn Verf. sie auch als specifisch ansieht, sind deshalb noch nicht echt typhös, denn man sieht eben dieselben bei manchen Pneumonieen. Jedenfalls spielt die Blutdyscrasie eine Hauptrolle bei den Nasenblutungen. Die Perforation der Nasenscheidewand kommt selten vor; sie sitzt immer an der bezeichneten Stelle; man behandelt selbe am besten mit Borvaseline.

Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Fremdkörpergefühl im Schlund und Kehlkopf durch Cocainwirkung beseitigt. (Sensations de corps étrangers du pharynx et du larynx, supprimées par l'action de la cocaine.) Von Dr. A. Martin. (Arch. internat. de Laryngologie etc. VI. Bd., No. 2, März/April 1893.)

M. zeigt an zwei Fällen, dass mittelst einfacher Cocainpinselungen die durch vermeintliche Fremdkörper hervorgerufenen Halsbeschwerden sofort schwanden. 'Beschorner.

Extraction einer Rowleystecknadel mittelst der Makenzie'schen Zange aus dem Larynx. (Extraction d'une épingle Rowley du larynx avec une pince de Makenzie.) Von Dr. L. Parker. (Medical Record und Revue de laryngologie 1893, No. 3.)

Eine offene englische Stecknadel wurde verschluckt. Erstickungsanfälle, Ruhe, Schlucken normal. Nach 2 Tagen Extraction mittelst Zange. Dr. P. K.

Larynxstenose in Folge von Fractur, mit Erfolg durch Intubation behandelt. (Sténose laryngée consécutive à une fracture et traitée avec succès par l'intubation.) Von Dr. Stimson. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Der Titel sagt Alles. Heilung. Dr. P. K.

Intubation bei einem Erwachsenen, gefolgt von einem tödtlichen Kehlkopfödem nach der Herausnahme der Tube. (Intubation in an adult followed by a fatal edema of the larynx after extraction of the tube.) Von Max Thorner, M. D., Cincinnati O. (Annals of Ophthalmology and Otology, Vol. II, 3. 1893.)

Verf. führt einen Ausspruch Owen's an: „Es scheint beinahe, dass operirende Chirurgen eine Gegend ewigen Sonnenscheins des Erfolges bewohnen oder wenigstens, dass ihre meteorologischen Apparate keine Einrichtung zur Registrirung einer Depression oder gar eines Sturmes haben. Ein umsichtiger Chirurg ist derjenige, der sich schweigend Kenntniss seiner Misserfolge verschafft, ein anständiger der, welcher seine traurigen Erfahrungen unerschrocken jedem seiner Kunstgenossen bekannt giebt." Verf. behandelte einen 18jährigen Mann, der seit acht Jahren an „Asthma" gelitten, der aber nach der Untersuchung mit dem Spiegel an einer starken Infiltration des Kehlkopfes litt, die sich von den Taschenbändern bis in die subglottische Gegend erstreckte, über deren Natur aber Verf. nichts angiebt. Eine dünnste Nummer der Tuben für Erwachsene wurde eingelegt und nach 15 Stunden wegen Belästigung des Kranken herausgenommen; einige Minuten später war der Kranke eine Leiche, wie Verf. annimmt, durch Oedem. (Könnte auch Herzlähmung gewesen sein. Ref.) M. Schm.

Intubation und Tracheotomie. (Intubation and Tracheotomy.) Von Dr. Lovett. (Medical News, 27. August 1892.)

Vergleichende Würdigung der beiden Operationsmethoden an 858 im Boston City Hospital operirten Fällen. 327 von 1864 — 1887 wegen Croup ausgeführte Tracheotomien ergaben 29,05 pCt. Heilungen, von 392

Digitized by Google

von 1887 — 1891 intubirten wurden 20,41 pCt. geheilt. Während also sowohl Procentsatz der Heilungen, als die Häufigkeit übler Zufälle gegen die Intubation spricht, verdient bei Kindern unter 2 Jahren die Intubation den Vorzug, wie ebenfalls zahlenmässig nachgewiesen wird. Kahn.

Ein Fall von mörderischer Erdrosselung eines Erwachsenen mit ausgedehnter Fractur des Kehlkopfes. (A case of homicidal strangulation in an adult with extensive fracture of the larynx.) Von Th. Stevenson, M. D., und W. Carling. (Lanc., 25. Febr. 1893.)

Ein 42jähriger Mann war von vorn gewürgt worden, er wurde todt aufgefunden. Bei der Section fand sich das Zungenbein gebrochen, der Schildknorpel in drei Stücken, ausserdem waren die oberen Hörner desselben abgebrochen, der Ringknorpel gebrochen und über einen Centimeter nach der Seite verschoben. Die ganze vordere Halsseite war stark mit Blut unterlaufen. Solche Fälle directer Würgung bei Erwachsenen sind selten. M. Schm.

Allgemeine Mycosis des Rachens, des Nasenrachenraumes, der Zungenwurzel und des Larynx. (Un cas de mycose généralisée au pharynx, au nasopharynx, à la base de la langue et au larynx.) Von Dr. Labit. (Revue de laryngologie 1893, No. 5.)

Verf. giebt die Krankengeschichte und die Differentialdiagnose mit Herpes, folliculärer Mandelentzündung, granulösem Rachencatarrh, Soor, chronischer Diphtheritis. Bei der Behandlung hat sich folgende Formel am besten bewährt: Geschmolzenes Chlorzink 45 Gramm, Aqua destillata 25 Gramm, Kalium jodatum 70 Gramm, Jod 4,25 Gramm. Das Chlorzink muss warm in Wasser aufgelöst werden, man setzt dann das Kalium jodatum allmählig zu; es bildet sich dann ein gelber Niederschlag, welcher sich beim Kochen wieder auflöst; man entfernt nun den Topf vom Ofen und setzt das Jod zu, indem man bis zur Lösung fortwährend rührt; dann filtrirt man. Dr. P. K.

Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis mit modificirtem Tuberculin. (The treatment of tuberculous laryngitis with modified tuberculin.) Von Max Thorner, Cincinnati. (The medical News, Januar 1893.)

Mittheilung zweier Fälle von Larynx-Tuberculose, welche durch subcutane Injectionen von Tuberculin, modificirt nach Hunter (5 Cbctm. rohes Tuberculin auf 25 Cbctm. destillirtes Wasser, in hier nicht detailirt wiederzugebender Weise, mit Ammonium-Sulphat behandelt), eine sehr günstige Beeinflussung erfuhren und zu weiteren Versuchen nach gedachter Richtung hin auffordern. Beschorner.

Ein neuer Apparat zum Photographiren des Larynx. (Un nouvel appareil pour la photographie du larynx.) Von Dr. A. Musehold. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 1.)

Verf. giebt die genaue Beschreibung seines Apparates nebst einigen Photographien, welche viel zu wünschen übrig lassen. Verf. giebt dies selbst zu und bittet die Collegen, mit vereinten Kräften an der Vervollkommnung mitzuarbeiten. Dr. P. K.

Digitized by Google

UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY

Ueber Oesophaguswunden. (Des plaies de l'oesophage.) Von Prof. Dr. Heydenreich. (Septième Congrès français de chirurgie, Paris 3—8 Avril 1893.)

Gelegentlich einer Oesophagusverletzung sah Verf. bedeutende Nervenstörungen, welche nach der Verletzung eines Nervenfädchens des Vagus entstanden. Es handelte sich um einen Mann, dessen Handwerk darin bestand, Säbel, Messer und Gabeln zu verschlucken. Im Jahre 1890 musste H. dem Künstler einen scharfen Löffel mittelst Gastrotomie entfernen. Im Jahre 1891 hatte Patient ein Flintenrohr verschluckt und sich dabei den Oesophagus verwundet; Blutspeien und Sternalschmerzen; Fieber; dann aber Sinken der Temperatur auf 36,8° und der Pulszahl auf 50; Kälte der Extremitäten; Heilung nach 8 Tagen. Ende 1891 hatte Patient sich einen mit einem Haken versehenen Feuerschürer bis in den Magen geführt und konnte selben nicht mehr herausziehen. Es traten adynamische Phänomene ein und Patient unterlag. Die Section ergab Druck des Feuerschürers auf den Nervus vagus. Bei Oesophaguswunden im Allgemeinen genügt die Verwundung einiger vom Vagus stammenden Nervenfäden, um durch Reflex die Temperaturverminderung und die Algidität hervorzurufen. Dr. P. K.

Silbernes Fünffrankenstück im Oesophagus. (Pièce de cinq francs en argent dans l'oesophage.) Von Dr. Berger. (Société de chirurgie de Paris, 19 Avril 1893 und Semaine médicale 1893, No. 25.)

Ein silbernes Fünffrankenstück, welches etwa die Grösse der deutschen silbernen Fünfmarkstücke hat, wurde durch Oesophagotomia externa mit Erfolg entfernt. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (Schluss). — Moure: Ueber einen Fall von spontan gebildetem Rhinolithen (Schluss). — Ziem: Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten (Schluss). — Herzfeld: Rhinologische Mittheilungen. — II. Referate: a) Otologische: Bacon: Geschwülste der Ohrmuschel. — Thies: Zwei Fälle von Necrose der Schnecke. — Thorner: Caries der ganzen Schläfenbeinpyramide. — Larsen und Mygind: Ein Fall von erworbener Taubstummheit mit Section. — Ludewig: Influenza-Otitis. — Eichler: Eine neue Methode zur Gewinnung von Corrosionspräparaten des Ohrlabyrinthes. — b) Rhinologische: Herzog: Husten, von der Nase ausgehend. — Fliess: Die nasale Reflexneurose. — Chiari: Fall von tuberculösem Nasenscheidewandtumor beim Kind, mit scheinbar gesunden Lungen. Wahrscheinlich primäre Naseninfection. — Tissier: Secundäre Nasalsymptome der erworbenen Syphilis bei Erwachsenen. — Knott: Ozäna. — Rangé: Makroscopische Anatomie des Jacobson'schen Organes beim Rinde und Schafe. — Tissier: Zustand der Nase bei Typhus. — c) Pharyngo-laryngologische: Martin: Fremdkörpergefühl im Schlund und Kehlkopf durch Cocainwirkung beseitigt. — Parker: Extraction einer Rowleysteckнadel mittelst der Makenzie'schen Zange aus dem Larynx. — Stimson: Larynxstenose in Folge von Fractur, mit Erfolg durch Intubation behandelt. — Thorner: Intubation bei einem Erwachsenen, gefolgt von einem tödtlichen Kehlkopfödem nach der Herausnahme der Tube. — Lovett: Intubation und Tracheotomie. — Stevenson und Carling: Ein Fall von mörderischer Erdrosselung eines Erwachsenen mit ausgedehnter Fractur des Kehlkopfes. — Labit: Allgemeine Mycosis des Rachens, des Nasenrachenraumes, der Zungenwurzel und des Larynx. — Thorner: Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis mit modificirtem Tuberculin. Musehold: Ein neuer Apparat zum Photographiren des Larynx. — Heydenreich: Ueber Oesophaguswunden. — Berger: Silbernes Fünffrankenstück im Oesophagus.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. Berlin, October 1893. No. 10.

I. Originalien.

Apparat zur Gymnastik des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen.

Von

Prof. **Kirchner** in Würzburg.

Es ist hinreichend bekannt, welch' günstige Wirkung man durch Luftverdünnung im äusseren Gehörgange bei Spannungs-Anomalien am Trommelfelle, bei behinderter Beweglichkeit der Gehörknöchelchenkette erzielt. Man hat deshalb auch schon seit langer Zeit zur Beseitigung lästiger Ohrgeräusche sowohl als auch zur Verbesserung des Gehörs diese Behandlungs-Methode mit einfacheren und complicirteren Apparaten geübt. Am häufigsten werden wohl zu diesem Zwecke der bekannte Siegle'sche pneumatische Ohrtrichter, der sehr zweckmässig und practisch von Gruber modificirt wurde, ferner der von dem Letzteren angegebene einfache Apparat, bestehend aus einem mittelgrossen Ballon mit Schlauch und Ohrstück, wie beim Otoscop, und der Rarefacteur nach Delstanche Anwendung finden.

Seit einer Reihe von Jahren habe ich zur Vornahme der Luftverdünnung im Gehörgange und zur Erzeugung rhythmischer Bewegungen am Trommelfelle und an den Gehörknöchelchen den Patienten zur Selbstbehandlung einen einfachen Gummischlauch, der mit Ansatz für das Ohr

Digitized by Google

und mit einem olivenförmigem Mundstück versehen ist, überlassen. Dieser einfache Apparat, mittels dessen man denselben Effect wie mit dem Siegle'schen Trichter oder mit dem Rarefacteur nach Delstanche erzielen kann, erwies sich mir besonders auch wegen der Billigkeit für unbemittelte Patienten in der Poliklinik sehr empfehlenswerth.

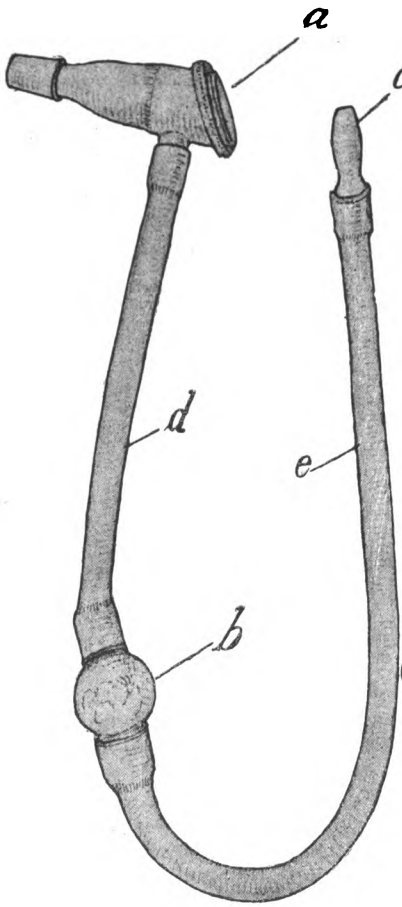


Fig. 2. ½ natürlicher Grösse.

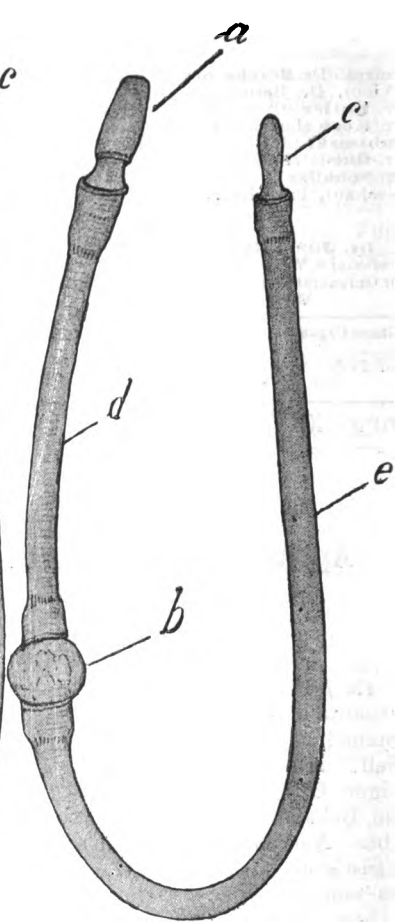


Fig. 1.

Erklärung:

a. Modificirter Siegle'scher pneumatischer Ohrtrichter;
b. Glaskugel mit Wattefilter;
c. Mundstück;
d. Gummischlauch von 15 Ctm. Länge;
e. Gummischlauch von 30 Ctm. Länge.

a. Ansatz für das Ohr;
b. Glaskugel mit Wattefilter;
c. Mundstück;
d. Gummischlauch von 15 Ctm. Länge;
e. Gummischlauch von 30 Ctm. Länge.

Digitized by Google

Wie aus Fig. 1 leicht zu ersehen ist, wird in einen Gummischlauch (45 Ctm. lang) eine Kugel aus starkem Glase von ca. 1,50 Ctm. Durchmesser eingeschaltet, in deren Hohlraum ein Wattepfröpfchen als Filter gebracht wird, das nach Bedarf beliebig oft erneuert werden kann. Auf diese Weise wird verhütet, dass beim Ansaugen Staub und andere Stoffe aus dem Gehörgange in den Mund gelangen. Ueber den Ansatz für das Ohr ist ein Gummistückchen gestülpt, damit derselbe bequem, ohne durch Druck Schmerzen zu verursachen, luftdicht in den Gehörgang eingefügt werden kann.

Die Patienten lernen in der Regel leicht nach kurzer Anweisung, mittels dieses Apparates durch entsprechendes Saugen an dem Mundstücke das Trommelfell in rhythmische Bewegungen zu versetzen und können dann je nach Anordnung des Arztes diese Manipulationen zur Selbstbehandlung circa 1 — 3 Mal des Tages einige Minuten lang vornehmen.

In Figur 2 ist, wie aus der Abbildung leicht zu ersehen, an dem etwas verkleinerten Siegle'schen Trichter in derselben Weise wie bei dem Apparate zur Selbstbehandlung ein Gummischlauch mit eingeschalteter Glaskugel und Wattefilter angebracht. Dieser etwas modificirte Siegle'sche Trichter kann in der bekannten Weise sowohl zur Beobachtung der Trommelfellbewegungen als auch zur Behandlung von Spannungs-Anomalien verwendet werden.

Zu beziehen sind die beiden hier mitgetheilten Apparate von den Instrumentenfabrikanten G. Stöber in Würzburg und H. Pfau in Berlin.

Ohrenkrankheiten nach Parotitis epidemica.

Von

Dr. **M. Tsakyroglous** in Smyrna.

Mit dem Beginne dieses Jahres wurde unsere Stadt von einer sehr ausgebreiteten Parotitis-Epidemie heimgesucht. Wie wir uns erinnern, trat vor 7 Jahren eine andere, kleinere Mumps-Epidemie auf und beiden ging zufälliger Weise eine sehr starke Variola-Epidemie voraus.

Ohrenkrankheiten kamen sehr selten bei der Parotitis vor, doch beobachteten wir öfters einfachen Schwindel, und zwar bei denjenigen Fällen, welche von mässigem Fieber begleitet waren. Gewöhnlich am fünften Tage, wenn die Parotitisschwellung meistens vorüber war, zeigte sich Gesichtsröthe mit Schwindel, welcher nicht mehr als 2 oder 3 Tage dauerte.

Ein solcher bemerkenswerther Fall war folgender:

Am 5. Januar besuchte ich einen kranken, 17jährigen jungen Mann. Dieser war 6 Tage vorher von einer doppelten Parotitiserkrankung befallen worden, welche er, ohne bettlägerig zu werden, überstand. Nach dem 6. Tage aber wurde er in der Nacht von einer leichten Orchitis dextra befallen, und in der Frühe konnte er wegen des gleichzeitig eingetretenen Schwindels nicht aufstehen. Das Gesicht des Kranken zeigte

Digitized by Google

eine intensive Röthe und bei jedem Versuch, zu sitzen, wurde er von starkem Schweiss, Angst und Vernichtungsgefühl ergriffen. Stehen konnte er sehr schwer und beim Gehen taumelte er und hatte das Gefühl, nach rechts zu fallen. Gehör normal.

Durch Darreichung von Chinin erfolgte gänzliche Wiederherstellung binnen 2 Tagen.

Ein zweiter Fall hatte schwerere, weitere Folgen:

Frau Str. X., 31 Jahre alt, erkrankte am 28. Februar an einer doppelseitigen Parotitis. Sechs Tage nachher merkte sie, dass sie hochgradig schwerhörig war und von Schwindelanfällen heimgesucht wurde. Den Schwindel mit dem taumelnden Gang verglich sie mit demjenigen bei einem Rausche.

Die am 11. März vorgenommene Untersuchung ergab folgendes Resultat: Trommelfelle beiderseits normal, Tuben frei. Uhr links 0, rechts auf 0,04 Ctm. Stimmgabel links ungeheuer schwach, rechts etwas stärker.

Der Schwindel schwand nach 4tägiger Chininbehandlung gänzlich. Dann Jodkali.

Schwerhörigkeit dauert fort [1]).

Zwei andere Fälle betreffen kleine Kinder:

Ein 5jähriger Knabe bekam am 7. Tage nach einer Parotitis rechts eine Otitis med. suppurativa und links hochgradige Schwerhörigkeit. Durch antiseptische Behandlung und Lufteintreibung wurde das Kind schnell geheilt.

Der zweite Fall, ein 5jähriges Mädchen, wurde einige Tage nach überstandener Mumps so schwerhörig, dass die Eltern genöthigt waren, es uns zuzuführen. Das Mädchen wollte sich durchaus nicht untersuchen lassen und kehrte nicht wieder zurück.

---

[1]) In einer neulich von uns unter dem Titel: „*Περὶ τοῦ ὠτικοῦ σκοτώματος, ἤτοι τῆς νόσου τοῦ* Menière“ *ἐν Σμύρνη* 1893, publicirten Arbeit (der ersten auf otiatrischem Gebiete in griechischer Sprache) haben wir den oben beschriebenen Ménière'schen Symptomencomplex als *ὠτικὸν σκότωμα*, vertigo s. scotoma auricularis, bezeichnet. Den Titel „Scotoma“ haben wir dem alten griechischen Arzte Aretaeus Cappadoces entlehnt, der den Vertigo im Allgemeinen beschreibt wie folgt: „*Ην ζόφος τὰς ὄψιας οχῇ καῖ δῖνος ἀμφὶ τὴν κεφαλὴν ἑλίσονται, καῖ ὥτα σομσέῃ ὅμως ρεόντων καναχηδοί ποταμῶν, ἢ οἷον ἄνεμος ἱστίοισι ἐγμυβερνέῃ ἢ αὐλῶν ἢ καὶ συρίγγων ἐνοωὴ, ἢ τριομοῦ ἀμάξης ἰαχή ὀνομάζομεν σκότωμα τὺ πάθος*“ (*Περὶ αἰτ. καὶ συμωτ. χρονίων παθῶν Α'. γ'.* 28). „Wenn es vor den Augen dunkel wird und Schwindel den Kopf einnimmt, wenn in den Ohren ein Brausen stattfindet, wie das Brausen geräuschvoller Flüsse, oder des Windes, der die Segel schwellt, oder wie der Klang von Flöten und Pfeifen, oder das Rollen des Wagens, so nennen wir das Leiden Scotoma.“

Dass er in die Categorie dieses Scotoma auch den Vertigo Ménière einschloss, scheint daraus hervorzugehen, dass er den an Scotoma Leidenden die kalten Douchen untersagt, weil sie die Kranken schwerhörig machen (*Θεραπ. Α'. γ'.*).

Digitized by Google

Ueber die Anwendung einiger neuer Aluminiumverbindungen in Nase und Hals.

Vortrag,

gehalten in der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin am 9. Juni 1893

von

Dr. **P. Heymann,** Privatdocent in Berlin.

M. H.! Die Präparate, welche ich mir erlauben möchte, Ihnen vorzulegen, verdanken ihre Entstehung einer Anregung, welche ich einem jüngeren Chemiker der Fabrik von J. D. Riedel, Herrn Dr. Altschul, gegeben habe.

Die Nase ist für die meisten der sonst gebräuchlichen Adstringentien ein ziemlich unzugänglicher Ort. Tannin wird wegen der starken localen Reizung nicht vertragen und die meisten Metallsalze, die wir sonst gern anwenden: Alaun, Zinkverbindungen u. s. w., sind wegen ihrer geruchsfeindlichen Eigenschaften für die Nase unbrauchbar. Im Wesentlichen bleibt uns für die Therapie der Nase neben der so schwach wirkenden Borsäure nur Arg. nitr. in verschiedenen Gemischen und das von Schäffer in die Therapie eingeführte Aluminium acetico-tartaricum.

Da dies letztere, obwohl ein Aluminiumsalz, sich mir als nicht so geruchsschädlich erwiesen hatte, als der gewöhnliche Alaun, so veranlasste ich Herrn Dr. Altschul, den Versuch zu machen, anderweitige Aluminiumverbindungen herzustellen. Er hat nun namentlich 3 dieser Salze in voller Reinheit erhalten: Das Aluminiumsalicylat (Salumin), das Aluminiumtannat (Tannal) und das Aluminiumgallat (Gallal). Ich habe dieselben bei der Therapie der Nase und des Halses in Anwendung gezogen.

Das erste dargestellte Präparat war das Aluminium salicylicum. Es lag der Gedanke nahe, das Aluminiumsalz der Salicylsäure herzustellen, indem man die bacterienfeindlichen Eigenschaften der Salicylsäure mit den Wirkungen des Alaunsalzes combiniren wollte. Dieses Alumin. salicyl., welches jetzt von J. D. Riedel in grösserem Umfange hergestellt wird und von ihm Salumin genannt worden ist, ist eine in Wasser und Alcohol unlösliche Verbindung, die sich aber in Alcalien leicht löst. Diese Löslichkeit in Alcalien — die Körperflüssigkeiten sind meist leicht alcalisch und lösen geringe Mengen des Salzes auf — erklärt auch einen Theil der Wirkung der sonst unlöslichen Verbindung.

Mit Ammoniak bildet das Salumin ein neutrales Doppelsalz, das in Wasser und Glycerin löslich ist und sich in concentrirteren Lösungen auch ganz gut hält, während die trockene Verbindung sehr bald durch bis jetzt noch unbekannte Einflüsse Veränderungen erleidet und theilweise in eine ganz, auch in Ammoniak, unlösliche Verbindung übergeht. Das frisch in Wasser oder Glycerin gelöste Doppelsalz — Saluminium solubile — hat ausgezeichnete adstringirende Wirkungen. Daneben reizt es die Schleimhaut recht energisch, wie es die meisten Verbindungen der Salicylsäure thun. Es eignet sich daher ganz besonders zur Anwendung bei den trockenen Entzündungen des Rachens und der Nase.

In dem Kampfe gegen diese so schwer zugänglichen Erkrankungen ist unsere Therapie bisher so wenig erfolgreich gewesen, dass wir eine

Digitized by Google

neue Waffe dagegen mit Freuden begrüssen müssen. In einer grösseren Reihe von Fällen habe ich durch Application des Salumin Besserung erzielt. Die Insufflation des trockenen Salumin. insolubile, in noch höherem Grade des frischen Salumin. solubile regt bei Ozaena eine verstärkte Secretion an, so dass die Borken losgelöst werden und sich die Nase reinigt. Im Rachen habe ich eine glycerinhaltige Lösung mit dem Pinsel energisch eingerieben und dadurch bei trockenen Catarrhen erhebliche Besserungen zu erreichen vermocht.

Sehr ausgedehnte Versuche habe ich mit dem zweiten Mittel, dem Tannal, gemacht, welches eine Verbindung von Aluminium mit Acid. tannic. darstellt. Es ist eine ganz eigene Idee des Chemikers gewesen, diese beiden so wohlbekannten Adstringentien zu einem einzigen zu verschmelzen, und es ist das Eigenthümliche, dass das Tannal weder die stark reizenden Eigenschaften besitzt, die das Tannin für die Anwendung in der Nase unmöglich machen, noch auch so geruchsfeindlich ist, wie der Alaun, so dass wir sehr gut mit Tannalpräparaten in der Nase arbeiten können. Das Tannal lässt sich aber nicht in Ammoniak löslich machen. Das Aluminium tannicum ist ebenso wie das Salumin an sich unlöslich. Dagegen ist es gelungen, ein Doppelsalz, Aluminium tannicotartaricum, Tannalum solubile herzustellen, welches vollständig und leicht löslich ist und welches man sehr gut zu allen möglichen Zwecken, wo man eben ein energisches, aber wenig reizendes und gut vertragbares Adstringens braucht, verwenden kann.

Ich habe dieses Präparat bei den verschiedensten Fällen von Catarrhen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes sowohl als Streupulver, rein und in verschiedenen Gemischen, wie als Pinselsaft, gelöst in Wasser und in Glycerin, angewendet und habe recht erfreuliche Resultate zu verzeichnen gehabt. Ganz besonders eignet es sich zur Anwendung als Gurgelwasser und als Inhalation. Es ist wohl den Herren auch so ergangen wie mir: Die meisten meiner Patienten waren gewöhnlich sehr unglücklich, wenn sie mit Tannin oder Alaun gurgeln oder inhaliren sollten. Der schauderhafte Geschmack dieser beiden Mittel machte sie sehr abgeneigt gegen diese Medication. Nun kann ich ja gerade nicht behaupten, dass eine Tannallösung eine Delicatesse sei, aber wenigstens finde ich, und haben meine Patienten bisher gefunden, dass eine Tannallösung sehr viel besser und weniger unangenehm schmeckt, als die obengenannten Mittel, so dass meine Patienten es im Grossen und Ganzen gern genommen haben. Dabei ist die adstringirende Wirkung eine sehr energische.

Da sich nicht sehr concentrirte Lösungen von Tannal nur schlecht halten und Versuche, sie durch Glycerinzusatz haltbarer zu machen, noch nicht genügenden Erfolg gezeitigt haben, so hat die Firma J. D. Riedel kleine comprimirte Tabletten von 1,0 Gramm herstellen lassen, die sich in warmem Wasser[1]) ganz gut, wenn auch etwas langsam lösen. So können sich die Patienten sowohl ihr Gurgelwasser, als auch ihre Inhalationsflüssigkeit leicht selbst herstellen.

---

[1]) Es empfiehlt sich, zur Lösung Regen- oder sonstiges weiches Wasser zu nehmen; einzelne, namentlich gypshaltige Brunnenwasser geben mit dem Tannal einen unlöslichen Niederschlag.

Digitized by Google

Das dritte Präparat ist die Verbindung der Gallussäure mit dem Aluminium: das Gallal. Ueber die Wirkung dieser Verbindung sind wir bisher noch verhältnissmässig wenig im Klaren. Es gelingt auf dieselbe Weise, wie beim Salumin, es als Ammoniakdoppelsalz löslich zu machen, nur mit dem Unterschied, dass die Ammoniakverbindung des Gallal ein wunderbar schön lamellirtes, glänzendes Präparat giebt, welches vollständig haltbar ist. Es ist ein leicht adstringirendes Mittel, das sehr gut vertragen wird, als solches schätzbar, über das ich aber noch nichts Besonderes aussagen kann.

Versuche, um die antiseptische Wirkung der Präparate, namentlich des Salumin festzustellen, sind im Gange, bisher aber noch nicht abgeschlossen.

Bericht
über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893).

Von
Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

22) Lucae (Berlin): Neue kritische Experimental-Untersuchungen über den diagnostischen Werth von Tonprüfungen mittelst Stimmgabeln.

Die Untersuchungen, welche L. neuerdings anstellte, um von ihm schon längst beobachtete Thatsachen mittheilen zu können, beziehen sich stets auf musikalische Töne. Zuvörderst werden die Eigenschaften jener Stimmgabeln erörtert, bei welchen die Tonreihe mittelst laufender Gewichte hervorgebracht wird. Hier fand L. neben dem Grundton die begleitende Octave als Oberton. Wegen der quantitativen Differenz zwischen tiefen und hohen Tönen, fällt eine herabgesetzte Perception tiefer Töne am meisten bei Stimmgabeln auf, weniger hingegen bei Pfeifen, die von Obertönen reiner sind. Der Kranke selbst ist nicht im Stande, den gehörten Ton durch Noten zu bezeichnen und giebt blos die Differenz an. Die Reaction auf Töne beweist daher nicht eine dem betreffenden Tone entsprechende qualitative Tonempfindung.

Als diagnostisch verwerthbare Resultate führt L. folgende an:

1) Hört ein Patient beim Vorhalten einer Gabel nichts, so kann auch von einer Perception des betreffenden Tones keine Rede sein.

2) Bei bedeutender Herabsetzung der Perception werden hohe Töne nicht empfunden.

3) Bei hochgradiger Schwerhörigkeit werden tiefere Töne weit besser percipirt als die hohen Töne.

4) Wird eine stark klingende tiefe Stimmgabel vor dem Ohre nicht gehört, so hat dies noch gar keinen diagnostischen Werth.

Endlich theilt L. einen prägnanten Fall mit, welcher beweist, dass zur vollkommenen Perception der Sprache die Perception sämmtlicher musikalischer Töne unbedingt nöthig ist.

Digitized by Google

23) Moos (Heidelberg): Demonstration neuer Stimmgabeln.[6]) Dieselben wurden von Appun angefertigt und sind aus Metalldraht für kleine Schwingungszahlen — 12, 14, 16, 20, 24, 32, 40 und 48 — gearbeitet. Die Gabeln sind, ausser dem besonderen Vorzug der unbedingten Brauchbarkeit, sehr billig (7 Mark per Stück). Sie eignen sich vorzüglich zur Diagnose der allerersten Anfänge von Mittelohrerkrankungen, ebenso für die Diagnose gemischter Fälle von Labyrintherkrankungen und gleichzeitig bestehenden sehr leichten Mittelohraffectionen, haben aber den Nachtheil, dass sie für die Knochenleitung nicht so zuverlässig zu benutzen sind, wie die gestielten Stimmgabeln.[7])

24) Haug (München): Ueber die Beziehungen zwischen Erysipel und Ohr.

H. legt zuvörderst dar, dass das Ohr auf zweierlei Weise, entweder primär oder secundär, von dem erysipelatösen Processe ergriffen werden könne, und geht hierauf zur Besprechung der bei Weitem am häufigsten vorkommenden secundären Ohrerysipele über, bei welchen zumeist nur das äussere Ohr, oder aber auch das äussere und mittlere Ohr betroffen wird, während das innere Ohr von der Entzündung selbst wohl beinahe durchgehends verschont bleibt, und höchstens vorübergehende, consecutive, congestive Hyperämie aufweist.

Solche secundäre Ohrerysipele, die von jeder Stelle des Gesichtes oder des Kopfes auf das Ohr übergreifen können, erfassen zumeist nur ein Ohr und kommen sehr gern gerade in den dem Ohre zunächst anliegenden periauriculären Lymphdrüsen zum definitiven Abschluss.

Was den Verlauf dieser secundären Erysipele anlangt, kann man dieselben in leichte und schwere unterscheiden.

Die ersteren wählen die Haut der Muschel und des Gehörganges zu ihrem Sitze und erzeugen eine mehr weniger heftige Exsudation, in Folge welcher es, ganz abgesehen von den zuweilen auch hier schon recht stark ausgesprochenen Allgemeinerscheinungen (Fieber, cerebrale Symptome), zu lebhaftester Schmerzempfindung und vorübergehender Alienation des Hörvermögens, verbunden mit lebhaften subjectiven Gehörsempfindungen, kommen kann; so geschieht das besonders gern dann, wenn die tieferen Partien des Gehörganges und das Trommelfell selbst ergriffen werden. Zuweilen weist die Ohrmuschel, selten auch der Meatus den Character der Erysipelas bullosum auf.

Nach Ablauf dieser gewöhnlich in völlig normaler Weise defervescirenden Erysipele bleibt nicht selten eine mässige Infiltration der Cutiselemente der befallenen Region zurück, die sich oft mit einer geraume Zeit fortdauernden pityriasisähnlichen, mit Juckreiz einhergehenden Abblätterung verbindet; auch kommt es vor, dass sich an diese Infiltration, in Folge neuer Reize, höchst unangenehme Furunkeleruptionen, mit der Tendenz zu häufigen Nachschüben, anschliessen, oder dass sich ein acutes Eczem über die ganze, vorher bereits er-

---

[6]) Die demonstrirten Stimmgabeln waren auch ausgestellt.

[7]) Auf eine Discussion über Vorträge 22 und 23 wurde wegen vorgerückter Zeit, nach der erfolgten Abstimmung hierüber, verzichtet.

Digitized by Google

krankte Region ausbreitet. Bei all' diesen Eventualitäten kann die Heilung um ein Erkleckliches verzögert werden.

Die schweren secundären Erysipele characterisiren sich, abgesehen von den Allgemeinerscheinungen, die da beinahe durchgehends gern eine gefahrdrohende, zum Mindesten beängstigende Höhe annehmen, dadurch, dass sie die Mittelohrräume in Mitleidenschaft ziehen. Der Process macht nicht vor dem Trommelfell Halt, sondern es wird erweicht, durchbrochen und an diese, von aussen nach innen entstandene, acute eitrige Mittelohrentzündung schliesst sich dann in einer Anzahl der Fälle eine consecutive Erkrankung der Knochenlagen des Warzenfortsatzes, entweder in Form eines Empyems oder eines einfachen subperiostealen Abscesses. — Eigenthümlich bleibt aber, nach den Beobachtungen H.'s, dass bei allen diesen Eiteransammlungen, deren reeller ätiologischer Connex mit dem Urerysipele, sowohl durch die bacteriologische Prüfung als durch Impfungen erhärtet wird, niemals eine Usur der Knochenlagen selbst statt hatte; der Knochen selbst fand sich bei den Operationen nie rauh, cariös angefressen, sondern immer glatt, sowohl beim Empyem als beim subperiostealen Abscesse. Möglicher Weise ist die verhältnissmässig kurze Dauer des ganzen Processes hier mit im Spiele.

Nicht vergessen dürfen wir, dass auch, ohne dass das Trommelfell perforirt wird, eine secundäre Eiteransammlung unter der Decke des Warzenfortsatzes sich etabliren kann, was eventuell zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben kann; ebenso kann der Process sich nach vorn durch die Santorinischen Incisuren in die Regio parotideomasseterica ziehen und dort ausgedehnte Abscedirung veranlassen.

Ein weiterer Weg, auf dem das Ohr secundär vom Erysipel ergriffen werden kann, wäre, dass das primäre Erysipel seinen Sitz an der Nasenöffnung, den Lippen, dem Nasenthränencanal nehmen und von da aus als Schleimhauterysipel, über die Wangen- oder Nasenrachenschleimhaut wandernd, in den Tubenpaukenabschnitt gelangen und so zu ausserordentlich schweren Erscheinungen Veranlassung geben könnte; insbesondere liegt hier nahe die Gefahr der Verkennung des Grundcharacters der Erkrankung, umsomehr, als häufig die primären Eruptionen überhaupt nicht deutlich zu constatiren waren, oder zur Zeit schon wieder verschwunden sind.

Gerade so gut wie das Ohr secundär vom Erysipel ergriffen wird, kann es auch sich primär an einer Partie des Ohres entwickeln. — Am öftesten ist es natürlich das äussere Ohr, von dem es ausgeht, und zwar geben die häufigste Veranlassung zum Zustandekommen desselben kleine Risse, Verletzungen der Cutisdecke; insbesondere ist zu warnen vor der sogenannten Reinigung des Ohres mit den verschiedenen häuslichen Instrumenten. Hierher gehören auch die in Folge des Unfuges des Ohrringstechens sich entwickelnden Rothläufe, denen schon etliche hoffnungsfreudige junge Menschenleben zum Opfer gefallen sind. — Weiter sind es dann die mit meist ziemlich intensivem Juckreiz combinirten Hauterkrankungen, welche die Infection vermitteln helfen. In erster Linie ist hier zu nennen das chronische, mit Infiltration und leichter Schuppung einhergehende, so häufige Eczem der Muschel und des Meatus, dann der rein nervöse Pruritus, sowie selten die Pityriasis und Psoriasis. Ebenso

Digitized by Google

kann sich unter Umständen an die so einfache und scheinbar so harmlose Evacuation eines Cerumenpfropfes, wie dies durch eine Beobachtung Wagenhäuser's erhärtet ist, ein Rothlauf anschliessen; es ist in dieser Beziehung an die Untersuchungen Rohrer's zu denken, der schon im normalen Cerumen pathogene Microorganismen nachzuweisen vermocht hat. Dass den rohen und unvernünftigen Versuchen, eines Fremdkörpers im Meatus habhaft zu werden, oft schon Erysipele gefolgt sind, ist ja bekannt genug.

Oft kann auch eine chronische eitrige Mittelohrentzündung, ohne dass eine weitere Verletzung erfolgt war, einen intercurrenten Rothlauf verschaffen, der, insbesondere wenn er sich nach innen gegen die Tuba und in das Cavum pharyngeum fortzieht, das Bild einer phlegmonösen Angina zu erzeugen vermag. Auch können sich auf Basis der chronischen Mittelohreiterung habituelle, von Zeit zu Zeit sich wiederholende Erysipele etabliren.

Der Verlauf dieser primären Erysipele ist im Grossen und Ganzen analog dem der secundären; aber auch hier scheint das Erysipel, wenn es zu Knochenlagern überwandert, die Tendenz zu besitzen, den Knochen selbst nicht in seiner Continuität zu lädiren.

Die Prognose ist selbstverständlich bei allen Erysipelen immer mit grösster Vorsicht und Reserve zu stellen.

Endlich illustrirt H. die obigen Ausführungen an der Hand von 4 Krankengeschichten[8]), von denen nur ganz kurz das Resultat mitgetheilt wird; besonders wird hierdurch das Verhalten des Erysipels zum Warzentheil herangezogen.

I. Fall: Subperiostealer Abscess der Warzengegend nach Erysipel des äusseren Ohres und eitriger, durch das Erysipel veranlasster Media; sowohl im Secrete der Media als in dem des subperiostealen Abscesses ergab die bacteriologische Prüfung Erysipelstreptococcen. — Der Knochen war überall völlig glatt.

II. Fall: Subperiostealer Abscess der Warzenfortsatzgegend im directen Anschluss an ein Erysipelas capitis ohne vermittelnde Otitis media purulenta. Eiter enthält ebenfalls Erysipelstreptococcen; Knochen auch hier völlig gesund, nirgends arrodirt.

III. Fall: Empyem des Antrum im directen Anschluss an eine erysipelatöse Otitis externa mit Senkungsabscess in die Fascia parotideo-masseterica und eine consecutive Otitis media purulenta. Aufmeisselung wegen pyämischer Allgemeinerscheinungen; Knochen überall glatt, im Antrum Eiter, der ebenfalls eine Erysipelstreptococcencultur gab.

Die Heilung erfolgte in allen 3 Fällen nach der Eröffnung der Abscesse prompt.

IV. Fall: Schweres Erysipel, ausgehend von einer chronischen Otitis media purulenta, zieht sich über den Meatus auf die Muschel und die ganze Kopfhälfte und erzeugt einen grossen praeauricularen Lymphdrüsen-Abscess.

---

[8]) Dieselben werden in einer Dissertation von H.'s Schüler, Dr. Frucht, veröffentlicht werden.

Digitized by Google

20) Jansen (Berlin): Ueber die Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischem Empyem.

Unter Betonung der schweren Heilbarkeit der chronischen Empyeme der Oberkieferhöhle im Allgemeinen schildert J. das Verfahren, welches er seit etwa 2 Jahren an einer Reihe von ca. 20 Fällen geübt hat. Er führt einen horizontalen Schnitt dicht über den Zähnen durch das Zahnfleisch bis zum Augenzahn etwa, und von da einen Schnitt aufwärts. Nach Abheben dieses vom Proc. alveol. genommenen Schleimhautlappens resp. Schleimhautperiostlappens, mit der Basis oben oder hinten oben, wird die ganze vordere Wand der Oberkieferhöhle mit Meissel und Knochenzange entfernt, unter Schonung des Foramen infraorb., im Uebrigen aber bis zur Flucht der unteren medialen, lateralen und meist auch der oberen Wand. Die Höhle wird ausgeschabt, etwaige Sequester entfernt, die Blutung durch Tamponade gestillt, dann der Schleimhautlappen in die Höhle hineingeschlagen und durch Jodoformgaze fest tamponirt. Nach 8—14tägiger Wundbehandlung mit Jodoformgaze wird ein möglichst (finger-) dicker Obturator aus vulcanisirtem Kautschuk — nach Modell angefertigt — eingeführt. Der Obturator ist entweder am Gebiss befestigt oder wird durch eine Klammer von Gold etc. am Zahn festgehalten und kann vom Kranken leicht herausgenommen und wieder eingeführt werden. — Die Operation geschieht in Chloroformnarcose oder bei Cocainanästhesie und dauert bis zu ½ Stunde. — Während der ganzen Nachbehandlung bleibt die Höhle übersichtlich. — Die Heilung erfordert eine lange Zeit, circa 2 Jahre. Eine Entstellung tritt nicht ein.

Das chronische Empyem der Stirnhöhle liegt für die Ausheilung günstiger. Eine Heilung bei Behandlung von der Nase aus hält J. für selten. — Die Indicatio vitalis verlangt hier bisweilen unabweislich den Eingriff. Dadurch, dass man bei der Stirnhöhle den Character der allseitig starrwandigen Höhle leicht beseitigen kann, werden die Bedingungen zum Ausheilen wesentlich günstiger gestaltet. — J. führt einen etwa 5 Ctm. langen bogenförmigen Schnitt unterhalb der Augenbrauen und parallel derselben bis zur Seitenwand der Nasenwurzel, abwärts von der Lidspalte, und legt die Orbitalwand der Stirnhöhle und von der vorderen Wand den unteren Theil frei. Mit Meissel und Knochenzange wird die ganze untere Wand der Stirnhöhle bis zum Ausführungsgang entfernt. Das genügt manches Mal und speciell bei kleinem Sinus. Ist die Höhle grösser, so wird zunächst von der vorderen Wand aus ein schmaler Saum von ¼ — ½ Ctm. entfernt, um, wenn möglich, eine Entstellung zu vermeiden. In einem Falle trat die Heilung allerdings erst ein, nachdem auch die ganze vordere Wand ententfernt war. Nach Fortnahme der unteren Wand steigt das orbitale Fettgewebe rasch in die Höhe und füllt kleine Höhlen vollständig aus. Eine Verlagerung des Auges tritt dabei nicht ein. Bemerkenswerth ist, dass alle Fälle von Stirnhöhlenempyem J.'s mit Empyem der Siebbeinzellen verbunden waren. Von der Wunde aus wurde eine radicale Ausschabung des Siebbeins vorgenommen.

Alle 4 auf diese Weise operirten Kranken sind geheilt, 2 ohne Entstellung, die anderen 2 mit grösserer oder geringerer Entstellung. Die rascheste Heilung wurde in 2½ Monaten erreicht. Bei 3 Patienten war

Digitized by Google
UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY

auch Empyem der Highmorshöhle vorhanden. Die Eröffnung dieser Höhle musste deshalb nachfolgen.

Discussion:

Bloch (Freiburg i. B.) bemerkt J. gegenüber, dass es nicht stets erforderlich sei, so radical zu verfahren, sondern dass auch die anderen Methoden zu endgiltig günstigen Resultaten führen können.

26) Jansen (Berlin): Ueber die Methoden der Warzenfortsatz-Operationen bei chronischen Mittelohreiterungen.

Die Schwartze'sche Methode reicht häufig zur Heilung nicht aus. Es hat sich ein Bedürfniss zur radicaleren Freilegung der Mittelohrräume geltend gemacht und in den Methoden von Küster, v. Bergmann, Hartmann, Zaufal, Jansen, Stacke Ausdruck gefunden. — Zaufal hat zuerst in Nürnberg diese radicale Freilegung von Antrum, Aditus ad antrum und Atticus so genau und klar beschrieben, dass sie richtig und gefahrlos darnach ausgeführt werden kann. Deshalb erscheint es angebracht, um endlich Klarheit zu schaffen, diese Methode als die Zaufal'sche von den anderen zu unterscheiden. Noch radicaler geht J. selbst vor, wie er zum Theil schon auf dem internationalen Congresse in Berlin berichtet hat. Die Gefahr der Verletzung des Nervus facialis, des Canalis semicircularis horizont., des Stapes ist bei diesen radicalen Verfahren entschieden grösser als bei dem nach Schwartze. Bei kunstgerechter Ausführung glaubt J. eine Verletzung des horizontalen Bogenganges mit Sicherheit ausschliessen zu können; desgleichen eine Lähmung des gesunden Facialis. Dagegen besteht bei ausgedehnter Caries des Canalis Fallopiae, wohl meist in Verbindung mit schon bestehender Entzündung der Nervenscheide, eine gewisse Gefahr für den Facialis. Auch die Nachbehandlung birgt Gefahren in sich für den Facialis beim Aetzen und Ausschaben, für den Steigbügel beim Auslöffeln.

J. bespricht nun die Stacke'sche Methode, d. h. die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, begonnen mit der Freilegung des Atticus nach Stacke, untersucht die ihr von Stacke zugelegten Vortheile, erwägt die Gefahren der Stacke'schen und Zaufal'schen Methode, und kommt zu dem Schlusse, dass die Vortheile auf Seiten der Zaufal'schen Methode liegen.

Die Thiersch'schen Transplantationen hat J. vor 2 Jahren häufig ausgeführt, in letzter Zeit aber wieder verlassen, wegen der vielfachen Schwierigkeiten und Mängel des Verfahrens und der häufigen Inconstanz des Resultates. Schwartze's Lappenverlagerung zum Zwecke einer dauernden breiten Oeffnung beim Cholesteatom ist ein Fortschritt in der Behandlung dieses Leidens. — Stacke's Transplantation der hinteren membranösen Gehörgangswand bringt 1) gesunde Epidermis in die Wundhöhle, 2) erreicht mit einer grösseren Sicherheit als die anderen Verfahren eine weite und dauernde Communication der Wundhöhle mit dem Gehörgange und verschafft 3) eine grössere Uebersicht über die Höhle im Warzenfortsatz vom Gehörgange aus. Stacke's Transplantation lässt sich mit anderen plastischen Verfahren (Siebenmann, Kretschmann, Jansen) vereinigen. — Die Verbindung der Zaufal'schen Methode der Aufmeisselung mit der Stacke'schen Methode der

Digitized by Google

Plastik erscheint J. als das zur Zeit zweckmässigste in den Fällen, wo das Schwartze'sche Verfahren nicht ausreicht.

Bezüglich der Beschleunigung des Heilverfahrens darf man nicht zu viel erwarten. Nur gleichartige Fälle dürfen verglichen werden. Cariöse Processe an der Laryrinthwand verlangen selbstverständlich ihre Zeit zum Ausheilen.

Endlich berichtet J. über seine Erfahrungen an Lucae's Ohrenklinik. Seit Winter 1889 sind bei chronischen Mittelohreiterungen weit über 300 Aufmeisselungen, mit Fortnahme der hinteren oberen Gehörgangswand, bis zur radicalen Freilegung von Antrum, Aditus ad antrum, Atticus mit Cavum tymp. ausgeführt, und zwar in verschiedenen Modificationen: 1) Nach Stacke wurden etwa 20 operirt. In einem Falle erfolgte eine sehr starke Blutung aus einem Emissarium zwischen Gehörgang und der Wurzel des Proc. zygom. 2) Nach Zaufal etwa 110, ferner 3) nach Zaufal und zugleich mit Fortnahme des Margo tymp. post. etwa 60. Die Operation wurde so ausgeführt, wie sie J. auf dem internat. Congresse (1890) mitgetheilt hat, mit der Abkürzung, dass bei der Aufmeisselung von vornherein die Fortnahme der hinteren oberen Gehörgangswand eingeschlossen wird; 4) mit Fortmeisseln des hinteren und unteren Margo tymp. sammt der betreffenden Gehörgangswände bis zur völligen Freilegung der hinteren und unteren Paukenhöhlenwand; bei grossem Tiefstand der Pauke und Vorherrschen der Erkrankung im untersten Abschnitt der Pauke wurden etwa 50 Fälle so operirt. 5) In einer kleinen Reihe von 12 Fällen mit sehr gut erhaltenem Gehör wurde die hintere obere Gehörgangswand in der gewohnten Weise entfernt, aber die Ossicula wurden nicht extrahirt. In einigen Fällen war das Resultat Heilung mit Erhalten des guten Gehörvermögens, einige Fälle sind noch in Behandlung; bei 2 werden die Ossicula nachträglich entfernt werden müssen.

Mit dieser radicalen Freilegung der Mittelohrräume wurde ausserdem etwa in 60 Fällen die Entfernung der oberen oder hinteren Wand des ganzen Warzentheiles, häufig beide zusammen mitsammt der oberen Kante verbunden, besonders häufig bei Cholesteatom, vorgenommen. Dieses energische Vorgehen wurde veranlasst durch die nicht seltene Beobachtung von Cholesteatomzapfen, welche sich in den Knochen hineinsenkten, ferner durch die Beobachtung kugeliger oder linsenförmiger Recidive des Cholesteatoms zwischen anscheinend gesunder Narbe und dem bei der Operation für gesund gehaltenen Knochen. (J. demonstrirt ein derartiges Präparat.) — Die Entfernung der hinteren Felsenbeinwand ist mit Gefahren verbunden. Man muss sich vor einer Verletzung des unteren verticalen Bogenganges und vor einem Einreissen der Dura hüten. — In ca. 70 Fällen wurden diese radicalen Operationsmethoden mit der Transplantation der hinteren membranösen Gehörgangswand nach Stacke verbunden. Die Stacke'sche Plastik wurde in den meisten Fällen mit der Transplantation eines Hautlappens aus der hinteren Fläche der Muschel auf die untere oder obere Wundfläche verknüpft. — Unter diesem Material befanden sich annähernd 170 Fälle von Cholesteatom.

Bei den letzten 200 radicalen Aufmeisselungen kam eine Facialislähmung vor. Es handelte sich, wie stets bei dem Vorkommen von Lähmungen, um ausgedehnte Caries längs des Can. Fallopiae mit grossem

Digitized by Google

Labyrinthsequester und Sinus transv. — Thrombose. Bei den ersten 100 Aufmeisselungen kamen ca. 10 Facialislähmungen, meist nur vorübergehend, vor, öfter zeigten sich dieselben während der Nachbehandlung.

Discussion:

Stacke (Erfurt) bemerkt, schon gelegentlich der ersten Beschreibung seiner Operationsmethode auf dem internat. Congress (1890) von der Annahme ausgegangen zu sein, dass isolirte Erkrankungen des Kuppelraumes vorkommen können, welche mit isolirter Eröffnung des Kuppelraumes, daher ohne eine solche des Antrums, zu heilen wären. Doch bestätigte sich dies nicht, weshalb auch S. in jedem Falle das Antrum mastoideum gleichzeitig mit eröffnet, und erzielt somit dasselbe Resultat wie Zaufal. Ist die Erkrankung des Antrums schon früher nachzuweisen, so wird zuvörderst der Warzenfortsatz aufgemeisselt und dann die hintere Gehörgangswand und die Pars ossea abgetragen; ist jedoch die Erkrankung des Antrums vorher nicht diagnosticirbar, hält S. seine Methode für sicherer, gefahrloser und auch leichter. Bei Osteosclerose wird das Antrum häufig nicht gefunden, was bei S.'s Methode nicht geschehen kann. Auch ist leichter und gefahrloser das Antrum aufzumeisseln, wenn vom Aditus aus die Sonde darin steckt, wodurch man sich über dessen Lage und Grösse schon im vorhinein orientirt hat. Durch das Meisseln auf der Sonde werden Facialis- und Labyrinthverletzungen umgangen. Endlich hebt S. auch die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes als Vortheil seiner Methode hervor, welche er in 70 Fällen mit günstigem Erfolge anwendete.

Kretschmann (Magdeburg) meint, dass die Stacke'sche Methode durch die von ihm auf der Naturforscherversammlung in Halle (1891) vorgeschlagene Modification noch allgemeinere Anwendung finden könnte, und zwar: Spaltung der hinteren Gehörgangswand horizontal, wodurch ein oberer und unterer dreieckiger Lappen gebildet wird; beide werden nach oben und unten durch Haken fixirt und später mit dem vorderen Hautwundrand vernäht. Es wird hierdurch die nach Stacke's Methode oft störende Anwesenheit der häutigen Gehörgangswand vermieden.[9])

Hartmann (Berlin) macht im Anschlusse folgende Bemerkung: „Ich möchte eine im vorjährigen Bericht über unsere Versammlung enthaltene persönliche Bemerkung vom Collegen Stacke berichtigen und hervorheben, dass ich damals weder meine, noch die Zaufal'sche, noch die Stacke'sche Operationsmethode besprach, vielmehr nur darauf hinwies, dass ich bereits vor Stacke empfohlen habe, die Freilegung des Kuppelraumes und des Antrums durch Entfernung der Pars ossea und der vorderen unteren Wand des Antrums herbeizuführen."

Stacke erwiedert hierauf: „Ich war im vorigen Jahre selbst nicht im Saale anwesend, als Herr Hartmann die fragliche Bemerkung machte. Als ich herein kam, wurde mir von verschiedenen Seiten gesagt, dass Herr Hartmann von meiner Operationsmethode gesprochen hätte. Ich hatte auch in meiner Erwiederung gesagt, dass ich mich gegen die Bemerkung des Herrn Hartmann, falls dieselbe wirklich gehalten sei, verwahren müsse. Da ich heute belehrt werde, dass Herr Hartmann gar nicht von meiner Operationsmethode gesprochen

[9]) Kretschmann demonstrirt seine Modification an einem Präparate.

Digitized by Google

hat, so bitte ich um Entschuldigung, dass ich unnöthiger Weise, weil falsch unterrichtet, damals zur Berichtigung das Wort ergriff.“

27) Szenes (Budapest): Zur Pathologie und Therapie der objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräusche.

Sz. berichtet zuvörderst über 2 Fälle, in welchen die Ohrgeräusche hörbar waren.

In dem I. Falle, bei einem 10 Jahre alten Mädchen, erfolgten die Ohrgeräusche angeblich nach einem Schlage auf's Ohr, in Folge dessen ein plötzliches Ertauben, von einem fortwährenden Ticken begleitet, aufgetreten war; das Gehör kehrte allmählig wieder, doch das Ohrgeräusch bestand selbst nach einem Jahre continuirlich weiter. — Das Gehörsvermögen war bei der Untersuchung intact, das Trommelfellbild war zwar auf der erkrankten linken Seite kein ideales, doch schrieb Sz. demselben um so weniger Bedeutung zu, da das intact gebliebene rechte Ohr das gleiche Trommelfellbild zeigte. Das Geräusch war gelegentlich einer Krankendemonstration in der Königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest auf 15 Ctm. weit hörbar und sistirte selbst während des Schlafes nicht; es zeigte den Character eines Geräusches, welches entsteht, wenn man 2 Fingernägel an einander feststemmt und sie dann plötzlich loslässt. Nach einer versuchsweise vorgenommenen Lufteinblasung in die betreffende Paukenhöhle sistirte das Geräusch auf 12 Stunden, kehrte jedoch dann wieder, ohne auf mehrmals versuchte Lufteinblasungen nur in geringster Weise sich ändern zu wollen. — Sz. fand per exclusionem, dass er es in diesem Falle mit einem Muskelgeräusche, hervorgebracht durch clonische Contractionen des Musc. levator veli palat. (Dilatator tubae) zu thun hätte, und gelang es ihm nach einer Behandlungsdauer von 16 Tagen, wobei in jeder Sitzung die Zungenwurzel niedergedrückt und das Ost. pharyng. tubae Eust. fest angedrückt und auch massirt wurde, eine Dauerheilung zu erzielen, von welch' letzterer er selbst nach mehreren Monaten benachrichtigt wurde.

Im II. Falle, bei einem 23 Jahre alten Kaufmanne, einem nervösen Individuum, waren die Geräusche ebenfalls im linken Ohre, jedoch nur beim Anlegen des Ohres ad concham zu hören. Auch hier handelte es sich um dasselbe Muskelgeräusch, welches auf die erwähnte Manipulation sistirte, doch zeigte sich Pat. kein zweites Mal, und Sz. weiss nur so viel, dass derselbe sich der Nervosität halber auf Anrathen seines Hausarztes einer Kaltwassercur unterzog, doch über den weiteren Verlauf der Ohrgeräusche konnten keine weiteren Auskünfte eingeholt werden.

Auf Grund dieser 2 und der in der Literatur beschriebenen einschlägigen Fälle von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen bespricht nun Sz. Pathologie und Therapie derselben. — Vor Allem glaubt er, dieselben in Gefäss- und Muskelgeräusche eintheilen zu müssen. Bei Gefässgeräuschen hat man sich behufs Controle an die Synchronicität des Pulsschlages zu halten, wobei man eher die Carotis als die Radialis betasten möge, ähnlich wie es die Internisten bei der Diagnose von Herzfehlern und Gefässerkrankungen zu thun pflegen. Zu den Gefässgeräuschen gehören auch solche, welche von aneurysmatischen Entartungen der Blutgefässe bedingt sind, bei deren Diagnose man Druck auf die betreffenden Gefässe auszuüben hat, was man eventuell

Digitized by Google

auch durch Neigungen des Kopfes, nach verschiedenen Richtungen hin, erzielen kann. In diese Categorie der Geräusche gehört auch die so häufige Pulsation in kleinen Trommelfellperforationen, welche mittelst Reflectors sichtbar und mittelst des Ohres oft hörbar ist; ebenso können auch die pulsatorischen Bewegungen des Paukenhöhlen-Secretes hierher gerechnet werden, wie man sie bei acuten Paukenhöhlenentzündungen mit kleinen Perforationslücken am Trommelfell, nach dem Ausspritzen des Ohres, oft beobachten kann, wo nach mehreren solchen pulsatorischen Bewegungen endlich ein zäher Eitertropfen durch die Trommelfelllücke herausgeräth.

Die Muskelgeräusche sind danach zu unterscheiden, je nachdem sie im Ohre, also entotisch, entstehen, wobei sie mit sichtbaren Locomotionen des Trommelfells einherzugehen pflegen, oder aber ausserhalb des Ohres in Folge von clonischen Contractionen eines Muskels oder aber einer ganzen Muskelgruppe des weichen Gaumens entstehen.

Was die Therapie betrifft, zählt Sz. die verschiedenen Behandlungsweisen der in der Literatur erwähnten einschlägigen Fälle auf, welche auffallender Weise manches Mal sich ganz widersprechen; so erwähnt z. B. Meyer, durch starkes Lufteinblasen solche Geräusche beseitigt zu haben, was auch Sz, wenn auch nur ein Mal, gelang, doch Wagenhäuser konnte durch eine vorgenommene Catheterisation ein nicht hörbares Ohrgeräusch wieder hörbar machen. — Von anderen Autoren wird die Tamponade des äusseren Gehörganges empfohlen, trotzdem wir doch wissen, dass ein Verstopfen des Ohres immer Sausen selbst verursacht. — Von anderen Behandlungsweisen werden noch die Luftverdünnung im äusseren Gehörgange erwähnt, ferner die innerliche Anwendung von Brom, Arsen oder Eisen, der faradische Strom, der Druck auf die Stammarterie, bei aneurysmatischen Entartungen (Gruber), und endlich die operativen Eingriffe, welche sich auf die Ligatur der betreffenden Blutgefässe beziehen.

(Schluss folgt.)

Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Stiftungs-Sitzung, abgehalten in Utrecht am 2. Juli 1893.

Eröffnungsansprache des vorläufigen Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. A. A. G. Guye (Amsterdam): „Ueber die gegenwärtigen Richtungen in der Ohrenheilkunde".

Anknüpfend an einen Aufsatz Victor Lange's[1]) bespricht G. den Uebereifer im Operiren, welcher sich heut zu Tage oft geltend macht, und stimmt Lange bei, dass auch die conservative Therapie ihre Rechte und ihre Indicationen hat. Redner ist nichts weniger als messerscheu. Im Vorübergehen erwähnt er, dass er im vergangenen Jahre zwei neue Fälle von Bezold'scher Perforation des Warzenfortsatzes behandelt hat,

[1]) Wiener med. Presse 1893, No. 19 und 20.

Digitized by Google

welche hinsichtlich der Therapie als Pendants der früher publicirten[2]) zu betrachten sind. In beiden Fällen machte er lange und tiefe Incisionen durch die Halsmuskeln, bei dem einen Kranken sogar bis auf das Schlüsselbein, und entfernte mittelst des Meissels die ganze Spitze des Warzenfortsatzes. Der Verlauf war in beiden Fällen ein ausgezeichneter, die Dauer bedeutend kürzer, als in den früher auf conservativere Weise behandelten. Allein man soll nie das Operiren als eine gleichgiltige Sache betrachten; man soll sich immer wieder die Frage vorlegen, ob auch ohne chirurgisches Eingreifen eine Heilung zu erzielen sei. Giebt es doch Fälle, wo eine Operation absolut indicirt erscheint und welche dennoch ohne Operation zur vollständigen Genesung gelangen. Als Beleg theilt er zwei Krankengeschichten mit:

„I. Vor zwei Jahren kam ein Bauer zu mir mit seinem 18jährigen Sohn, welcher an Otitis media subacuta mit Mastoidabscess litt. Es waren Schwellung hinter dem Ohre, senkrechter Stand der Muschel, Schmerz u. s. w. vorhanden. Ein College, den er einige Tage zuvor consultirte, hatte sich absolut für eine Operation ausgesprochen; der Vater war aber sehr messerscheu und bat, seinen Sohn ohne Operation behandeln zu wollen. Mir war die Indication für die Operation völlig klar. In Folge des Dringens des Vaters gestattete ich indessen für einzelne Tage den Versuch einer conservativen Therapie, unter nachdrücklicher Bedingung, dass wenn binnen einer Woche keine bedeutende Verbesserung eintreten sollte, der Patient sich werde operiren lassen. Ich entfernte die hypertrophische Rachenmandel, lehrte ausführlich, wie er sich die Nase ausspritzen und mittels eines Menthol-Insufflators das Politzer'sche Verfahren anwenden müsse, verschrieb ihm Jodtinctur und trockene Watten auf den Warzenfortsatz und sah ihn niemals wieder. Allein ungefähr 6 Monate später kam seine Mutter mit zwei anderen Kindern zu mir und sagte, dass ich derzeit ihren Sohn mit so ausgezeichnetem Erfolg behandelt habe! Er sei bald viel gebessert und nach 3—4 Wochen vollständig geheilt."

Der Redner erwähnt diesen Fall keineswegs als ein Beispiel zur Nachahmung, sondern nur, um auch an diese Möglichkeit der Genesung zu erinnern.

„II. Am 5. December 1892 wendete sich ein College an mich, der am 15. October nach einer Erkältung an einer acuten Mittelohrentzündung, mit geringer sero-sanguinolenter Otorrhoe erkrankt war. Die Otorrhoe hatte bald nachgelassen, aber heftige Schmerzen in und hinter dem Ohre hatten trotz sachkundiger Behandlung nicht aufgehört sich zu zeigen. Er hatte seit 8—11 Tagen Schwellung der Regio mastoidea, jeden Abend Exacerbation seiner Schmerzen mit geringer Temperatursteigerung und bedeutende Druckempfindlichkeit auf der Höhe des Antrum. Er wurde mir von einem Collegen gesandt mit der Mittheilung, dass ich ihn vermuthlich in wenigen Tagen werde operiren müssen. Dies war auch meine Auffassung; ich machte aber zuvor eine grosse Paracentese, wobei nur geringe Blutung kam und nach welcher die Luft gut durchgeblasen werden konnte, applicirte Carbolglycerin in's Ohr, Jodtinctur und Watten auf den Warzenfortsatz und liess täglich die Retromaxillargegend massiren.

[2]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXIII, S. 40.

Digitized by Google

Es zeigte sich nun bald eine so ausgiebige Besserung, dass von der Operation nicht mehr die Rede war. Pat. besuchte mich zum letzten Mal am 22. Januar d. J. mit vollkommener objectiver und functioneller Restitutio ad integrum."

Redner verzichtet auf weitere Beispiele. Wir dürfen weder radical, noch conservativ, noch doctrinär sein, sondern eclectisch: wir sollen individualisiren und jeden Fall nach eigenen Indicationen behandeln.

* * *

Gewählt wurden in den Vorstand als
Vorsitzender: Prof. Guye.
Schatzmeister und stellvertretender Vorsitzender: Prof. D. Doyer (Leiden).
Schriftführer: Dr. H. Burger (Amsterdam).

Prof. Guye: Ein Fall von abnormer Lage des Antrum mastoideum.

Vortr. demonstrirt einen Patienten, dessen rechter Warzenfortsatz vor vielen Jahren aufgemeisselt und längere Zeit drainirt worden, bei dem später, jetzt vor 3 Jahren, wiederum ein Abscess in der hinteren Gehörgangswand aufgetreten ist, welcher incidirt worden. Wegen Caries des Schläfenbein's hat Vortr. das Antrum auf's Neue aufgemeisselt. Dasselbe lag abnormal hoch, beinahe vertical über dem Meatus und war mit verkästem Eiter gefüllt. Es wurde ein Drainrohr vom Meatus durch das Antrum nach aussen gelegt. Der cariöse Process ist vollkommen geheilt, die Oeffnung über dem Ohr aber geblieben. In der That sieht man an dieser Stelle einen grossen Raum, welcher blass und trocken ist und mit dem Meatus communicirt.

In der Discussion, an welcher sich mehrere Herren betheiligen, ist man einstimmig der Meinung, dass, Angesichts der vollständigen Euphorie des Patienten und des Fehlens von Eiterung, keine einzige Indication zur künstlichen Schliessung der Oeffnung existirt. Der Patient trägt immer ein Jodoformgazetampon in der Höhle.

Dr. G. D. Cohen Tervaert (Haag): Ein Fall von Rhinosclerom?

Redner demonstrirt einen Patienten, 24 Jahre alt, dessen Vater an Lungenphthise gestorben und der selbst scrophulöser Constitution ist. Im Halse mehrere Narben von abscedirenden Lymphomen. Seit einem Jahre spürt Pat. ein Gefühl von Dicke im Halse. December vor. Jahres trat linksseitiges Ohrensausen auf. Status im Februar d. J.: Hyperämie der linken Paukenhöhle. Die linke Plica salpingo-pharyngea ist in einen stark prominirenden, harten, rothen Strang umgewandelt, der sich bis an den hinteren Gaumenbogen erstreckt und links vom Zäpfchen mit einer etwas strahlig aussehenden Verdickung endigt. Das Zäpfchen ist geschwollen, hart, roth und wenig beweglich. Die Röthe erstreckt sich auch auf einen Theil des weichen Gaumens. An der Rückseite des weichen Gaumens geht ein starker, harter Strang vom Zäpfchen schräg nach der linken Plica salpingo-pharyngea. Ein zweiter, vertical verlaufender Strang zeigt sich auf der rechten Seite der hinteren Rachenwand.

Digitized by Google

Sonst im Nasenrachenraum und in der Nase keine Abweichungen, nichts Abnormes im Kehlkopf. Brust- und Bauchorgane, Blut und Harn normal. Seit Februar ist es im linken Ohre zur Eiterung und Perforation gekommen. An der Rückseite des weichen Gaumens ist eine Fissur entstanden; die Vorderseite des Zäpfchens zeigt ein paar kleine Erosionen. Unter dem linken Kieferwinkel sitzt jetzt ein theilweise erweichtes Lymphdrüsenpacket; am rechten Oberarme ist ein kalter Abscess aufgetreten.

Was die Diagnose betrifft, so glaubt Verf., wiewohl der Gedanke an Tuberculose nahe liegt, dieselbe auf Grund des Fehlens von bedeutenderen Ulcerationen ausschliessen zu können. Gegen Lupus plaidirt die beträchtliche Härte der Schwellung. Bösartige Geschwülste wachsen schneller und fallen früher der Ulceration anheim. Letzteres Argument spricht auch gegen Syphilis, wofür übrigens auch anamnestische oder sonstige Daten fehlen. Redner hat darum per exclusionem die Diagnose „Rhinosclerom" gestellt.

Dr. Posthumus Meyes (Amsterdam): Die Localisation, namentlich das Freibleiben von Nase und Kehlkopf spricht nicht für Rhinosclerom. Sicherheit kann nur die microscopische Untersuchung gewähren. „Wie denkt Vortragender über die Behandlung der Infiltration mit Trichloressigsäure?"

Dr. Nykamp (Leiden): Wir dürfen es vielleicht mit einer Mischform von Lues und Tuberculose zu thun haben. An der Rückseite des weichen Gaumens sitzt ein tiefes Geschwür. Wenn Vortragender an der Diagnose Rhinosclerom festhält, wäre es dann in Anbetracht der geringen Ausdehnung des Processes nicht angezeigt, eine galvanocaustische Zerstörung zu versuchen?

Dr. Sasse (Haarlem): In den von mir in Wien beobachteten Fällen waren immer die beiden Gaumenbögen afficirt und das Zäpfchen verkleinert.

Dr. Huysman (Utrecht): Hier fehlt die Elfenbeinhärte, welche Rhinosclerom-Infiltrationen besitzen sollen. Das Leiden ist vielleicht als Lupus anzusprechen.

Dr. Cohen Tervaert: Die Infiltrationen sind wirklich sehr hart. Ich werde die microscopische Untersuchung vornehmen und später den Patienten wieder vorführen.

Dr. A. Sikkel (Utrecht): Ein Fall von Larynxpapillom.

Vortr. demonstrirt eine 47jährige Frau, die vor 18 Jahren wegen stenosirender Stimmbandpapillome tracheotomirt worden und seitdem dauernd eine Trachealcanüle getragen hat. S. sah sie im März 1892. Die Stenose war weniger hochgradig wie früher, so dass Pat., aber nur bei ruhigem Verhalten, mit geschlossener Canüle athmen konnte. Vollständige Aphonie. Stimm- und Taschenbänder sind von grauweissen, wenig erhabenen, blumenkohlartigen Wucherungen bedeckt, welche die Stimmritze bis auf eine erbsengrosse Oeffnung im hinteren Theil derselben ganz ausfüllen. Beim Phoniren füllen diese Massen das Kehlkopfinnere vollständig aus. In vier Sitzungen werden die Tumoren mit der Schrötter'schen Pincette entfernt und deren Boden mit Galvanocaustik und Lapis nachbehandelt. Die Canüle wurde entfernt, worauf sich die Wunde schnell schloss. Die Stimme ist jetzt, ein gutes Jahr nach der Operation, laut und deutlich, nur ein wenig rauh. Die Stimmbänder

Digitized by Google

sind mässig verdickt. Die microscopische Untersuchung bestätigt die klinische Diagnose: Papilloma.

Der Vorsitzende gratulirt Herrn S. zu dem erhaltenen Erfolg. Der Kehlkopf sieht wirklich nahezu normal aus.

Prof. Dr. D. Doyer: Ein Apparat zur Erzeugung von Salmiakdämpfen.

Der Apparat ist vom Vortr. in Verbindung mit Prof. Wysman construirt. Der Salmiak wird über einer Gasflamme erwärmt und dann mittels eines Doppelballons durch einen Kaltwasserbehälter getrieben. Der Vortheil dieser Methode ist, dass der Dampf keine Säure enthält und dadurch immer gut vertragen wird. Vortr. benutzt den Apparat seit 3 Monaten bei chronischen Tubenaffectionen und ist sehr zufrieden damit.

Prof. Guye: Ein modificirter Mentholinsufflator.

Die Luft wird durch eine Wattekammer geblasen und daselbst von Staub gereinigt.

Dr. A. C. H Moll (Arnheim): Die Paraffineinspritzungen in die Paukenhöhle.

Vortr. ist mit den Resultaten dieser Methode sehr zufrieden. Sehr oft erhielt er eine erhebliche Besserung der Hörfähigkeit auch bei Sclerose. Auch in den Fällen, wo diese Besserung nicht bedeutend war, beobachtete er einen günstigen Einfluss auf das subjective Wohlbefinden der Kranken. Die secretorischen Formen werden durch Einspritzungen von Jodoformparaffin 1 : 50 sehr günstig beeinflusst. Auch sah Vortr. oft gute Resultate bei adhäsiven Processen, namentlich in einem Fall von Verwachsung des Hammers mit dem Promontorium, welche durch eine starke Einspritzung aufgehoben wurde, und zwar mit dauerndem Erfolge.

Dr. van der Heide (Amsterdam) hat befriedigende, niemals aber solche eclatanten Resultate erhalten.

Dr. Posthumus Meyes glaubt, dass nicht das Mittel, sondern lediglich die Lufteintreibung das wirkende Agens dieser Methode ist. Bei wirklicher Sclerose sind die glänzenden Erfolge, welche Herr Moll mitgetheilt hat, kaum zu erwarten.

Dr. Moll versichert, dass wirkliche Sclerose vorgelegen hat.

Dr. Burger bezweifelt, ob bei Einspritzung durch den Catheter das Mittel in die Trommelhöhle gelangt. Dr. Moll sagt, dass er es einmal durch eine Perforationsöffnung hat durchtreten sehen.

Dr. Posthumus Meyes: Die Stacke'sche Operation.

Vortr. demonstrirt ein Präparat, auf welchem er die Stacke'sche Operation ausgeführt hat.

Dr Moll hat die Operation einige Male ausgeführt. Die grösste Schwierigkeit bei der Operation ist die Blutung in der Tiefe des Trichters. Es ist darum vortheilhaft, zuerst den Hammer zu extrahiren und erst später die Ohrmuschel nach aussen zu bringen.

Dr. Bolt (Groningen) hat einmal wegen heftiger Blutung mit der Operation aufhören müssen. Das Wegmeisseln der hinteren Pars ossea ist sehr schwierig.

Dr. Huysman (Utrecht): Kaltes Wasser und Ohrenkrankheiten.

Weder bei den Otologen, noch sogar bei den Balneologen hat Vortr.

Digitized by Google

auch nur die geringste Empfehlung einer Kaltwasserbehandlung bei Ohrenkrankheiten gefunden. Sogar Kneipp berührt die Ohren mit kaltem Wasser nicht. — Und mit Recht! Jedes Jahr mit dem Anfang der Badesaison bekommt man Ohrenkranke zur Consultation, entweder mit Ohrenschmerzen oder Otitis. Was ist nun das schädliche Moment des kalten Wassers? Vortr. glaubt, weder die Kälte noch die Infection, sondern das regelmässige Wegspülen des Cerumens, das Maceriren und Austrocknen des Gehörganges. Ein einziges Bad macht gewöhnlich keine Taubheit, wohl dagegen das tägliche Baden.

Prof. Guye betrachtet die Abkühlung als die hauptsächliche Schädlichkeit. Er thut auch der Meinung von Field u. A. bezüglich der Entwicklung von Exostosen des Meatus durch den Gebrauch von Seebädern Erwähnung. Er selbst sah ein frappantes Beispiel dieser Art. Dass die Kälte das schädliche Moment ist, geht auch aus dem entzündungerregenden Einfluss von Schneestürmen, den er öfters constatirt hat, hervor.

Dr. Zwaardemaker (Utrecht): Im Seebad wird unser Ohr als Gehörorgan auf harte Probe gestellt. Die Frage wäre durch eine Statistik ganz gut zu entscheiden.

Dr. Burger: Dass im Bade auch die Infection eine Rolle spielen kann, zeigt ein Fall, den ich neulich in der Pel'schen Klinik beobachtete: Eiu Pat. bekam nach einem Flussbade Ohrenschmerz und acute Mittelohrentzündung, welche innerhalb 10 Tagen den Tod durch Basalmeningitis herbeiführte. Dies lässt sich nur durch eine Infection per tubam während des Bades erklären; auch Prof. Pel vertritt diese Auffassung.

Dr. Zwaardemaker: Eine Methode zur Bestimmung der absoluten Tonhöhe einer Galtonpfeife.

Die Galtonpfeife hat das Uebel, dass man nicht genau ihre Tonhöhe kennt. Die physikalischen Formeln lassen für diese äusserst kurzen Orgelpfeifen ganz sicher im Stich. Mit freundlicher Hilfe des Herrn Dr. van der Plaats habe ich eine empirische Methode in Anwendung gebracht, welche ich Ihnen demonstrire. Das Princip derselben ist, dass beim Anblasen einer Orgelpfeife mit verschiedenen Gasen die Knoten und Bäuche immer an denselben Stellen liegen und nur die Schwingungszahlen differiren. So klingt eine Galtonpfeife, mit dem Utrechter Leuchtgas (spec. Gew. 0,39) angeblasen, eine Quinte höher, als wenn man das Instrument bei derselben Lage der Schraube mit Luft anbläst. Auf diese Weise kann man, indem man abwechselnd Leuchtgas und Luft gebraucht, zwei Töne, welche eine Quinte auseinanderliegen, produciren. Ist nun der Leuchtgaston zu gleicher Zeit der obere Grenzton eines Individuums, so ist es sehr leicht, denselben Ton in der atmosphärischen Luft bei einer gewissen anderen Länge der Galtonpfeife wiederzufinden und in der Weise zwei Punkte der Scala zu erhalten, welche Schwingungszahlen, die sich wie 3 : 2 verhalten, repräsentiren. Wenn man mehrere solche Paare von Punkten feststellt, lernt man die Art und Weise kennen, in welcher mit dem Ausschrauben der Pfeife der Ton sinkt. Dann braucht man nur noch einen fixen Punkt, und das Instrument ist abgestimmt. Solch einen Punkt habe ich durch Vergleich mit Klangstäben gefunden. Meine Pfeife hat e^7 bei 1.25 und b^5 bei 10.0 von der Scala. Der Umfang ist ungefähr von f^7 bis a^5, also $2^2/_3$ Octaven. Das störende Nebengeräusch

Digitized by Google

wird am besten eliminirt, wenn man der Spalte eine andere Form giebt. Der Mechaniker Kagenaar hat dieses Instrument angefertigt. Der Ton desselben ist sehr weich [3]).

Schliesslich demonstrirt Dr. Zwaardemaker eine Methode, um die minimale Amplitudo von Stimmgabeln, welche noch gehört wird, für Töne von verschiedener Höhe vergleichender Weise zu bestimmen, und theilt die vorläufigen Resultate dieser Untersuchungen mit.

H. Burger (Amsterdam).

II. Referate.

a) Rhinologische:

Temporäre Resection der Nase auf die Dauer von drei Wochen zum Zwecke der Entfernung von Schleimpolypen aus den Nasenhöhlen. (Resection temporaire du nez maintenue pendant trois semaines pour polypes muqueux des fosses nasales.) Von Dr. A. Panné, Paris. (Arch. internat. de Laryngolog. etc., Juli/Aug. 1893, VI. Band.)

Ein junger Mann von 19 Jahren litt seit seinem 15. Lebensjahre an Nasenpolypen, welche ihm die heftigsten Beschwerden bereiteten und zu einer beträchtlichen Verunzierung der Nase Veranlassung gaben. Zahlreiche Versuche, dieselben auf natürlichem Wege zu beseitigen, hatten nur vorübergehenden Erfolg und vermochten rasches Wiederwachsthum nicht zu verhindern. P. entschloss sich zur Resection der Nase, klappte dieselbe nach rechts um und curettirte ausgiebig das Nasen-Innere mit darauffolgender Anwendung der Glühhitze. Um sicher zu sein, alles Krankhafte zu entfernen und Recidiven vorzubeugen, verhinderte er die Schliessung der Operationswunde, entfernte vielmehr in vier weiteren Sitzungen in gleicher Weise, wie angegeben, alles Verdächtige. Erst drei Wochen nach der ersten Operation vereinigte er die resecirte Nase durch tiefe und Hautsuturen in normaler Weise mit dem Gesichte und erzielte Heilung per primam. Nach 3 Monaten kein Recidiv.

Beschorner.

Ueber die Phasen der Ozaena. (Des phases de l'ozène.) Von Dr. Couetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Verf. nimmt eine voratrophische und eine atrophische (letztere mit ihren Unterabtheilungen in rhinitische, rhinopharyngeale, rhinolaryngeale und rhinotracheale) Periode an. Er hat diese Stadien, namentlich das voratrophische (wozu der Arzt selten Gelegenheit hat) an seinen eigenen Brüdern genau studirt. Man soll jedenfalls die in den meisten Fällen gleichzeitig bestehenden adenoiden Vegetationen oder deren Reste zerstören.

Dr. P. K.

---

[3]) Zu beziehen von Kagenaar, Amanuensis des physiologischen Institutes in Utrecht, gegen ungefähr 10 Fl.

Digitized by Google

Ueber eine seltene Ursache von Nasenbluten. (Sur une cause rare d'épistaxis.) Von Dr. Mounier. (France médic., Paris médic. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Blutung aus einem Divertikel der Luschka'schen Nasenrachendrüse. Tampons mit Antipyrinlösung (1 : 5) stillen gleich die Blutung.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Nasenrachenfibrome bei den Frauen. Fall bei einem 15jährigen Mädchen nebst microscopischem Befunde. (Contribution à l'étude des fibromes nasopharyngiens chez la femme. Une observation chez une jeune fille de quinze ans avec examen microscopique.) Von Dr. J. Tellier. (Gazette hebdomadaire und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Nélaton behauptete, diese Tumoren kämen beim weiblichen Geschlechte nicht vor; seitdem sprachen alle Autoren aus Pietät obigen Satz nach. Im Jahre 1888 aber sammelte Dr. Playette 22 Fälle von fibrösen Nasenrachenpolypen bei der Frau, wovon 19 Fälle zweifellos waren; jedoch muss man gestehen, dass bei allen diesen Fällen der Verlauf sich anders als bei Männern gestaltete: späteres Alter und namentlich unaufhörliche Recidiven. Verf. bringt nun einen Fall, an welchem kein Zweifel obwalten kann. Er betrifft ein 15jähriges Mädchen, bei welchem microscopisch ein reines Fibrom festgestellt wurde. Dieser Fall widerspricht auch der Idee Playette's, dass beim Manne die Nasenrachenfibrome die Uterusfibrome bei der Frau ersetzen. Dr. P. K.

Latentes Empyem des Sinus frontalis dextr. ohne nachweisbare Ursache. — Behandlung durch Eröffnung des Os frontal. und Curettage des Krankheitsherdes. — Unvollständige Heilung. (Empyème latent du sinus frontal droit sans cause apparente. Traitement par l'ouverture de l'os frontal et le curettage du foyer. — Guérison incomplète.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de laryngol. etc., Juli-August 1893, Band VI.)

Fall, eine 54 Jahre alte Dame betreffend, welcher darlegt, dass das Empyem des Sinus frontal. latent sein, sich lediglich durch einseitige Naseneiterung manifestiren und unter Umständen schwer von einer maxillären und ethmoidalen Eiterung unterschieden werden kann, dass ferner die Durchleuchtungsmethode, sowie Störungen von Seiten der Augen zu trügerischen Schlüssen für die Diagnose Anlass zu geben vermögen und schliesslich, dass wohl viele Eiterungen der genannten Höhle unerkannt bleiben. — Breite Eröffnung, sorgfältigste Entfernung aller Fungositäten mit nachfolgender intensiver Zerstörung der Reste mittelst caustischen Lösungen (Zinkchlorür) bieten alleinige Garantie für dauernde Heilung. Beschorner.

Digitized by Google

b) Pharyngo-laryngologische:

Hartnäckiger Husten, durch Hypertrophie der Zungenmandel bedingt. (Toux opiniâtre due à l'hypertrophie de l'amygdale linguale.) Von Dr. Th. Goureau. (L'actualité médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Der Husten sieht dem der beginnenden Tuberculose ähnlich, Patient hat fortwährendes Kitzeln in der Regio suprahyoidea, welches bei der geringsten Ursache in stundenlange Hustenanfälle ausartet. Verf. leitet diesen Husten aus der Berührung einiger grosser Granulationen der Zungenmandel mit der vorderen Epiglottisfläche ab, welcher Reiz dann auf den Vagus übergeht. Galvanocaustisches Brennen dieser Granulationen bringt Heilung. Verf. bringt 2 Krankengeschichten als Beleg.
Dr. P. K.

Ludwig'sche Angina. (Angine de Ludwig.) Von Dr. Delorme. (Société de chirurgie, séance du 13 Juillet 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Verf. will den Namen von Ludwig'scher Angina beibehalten, weil er eine bestimmte Krankheit bezeichnet. Es ist eine septische Phlegmone, von einem Zahn- oder Mundleiden herrührend, oberhalb des Musculus mylohyoideus sitzend, welchen Muskel man breit einschneiden muss, wenn man auf den Eiterherd gelangen will. Schwerbeweglichkeit der Zunge und Schlingbeschwerden helfen zur Diagnose. Dr. P. K.

Ludwig'sche Angina. (Angine de Ludwig.) Von Dr. Magitot. (Société de chirurgie, séance du 27 Juillet 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Verf. betont besonders die Phlegmone, welche jedenfalls von einem Zahnleiden ausgeht, wenn auch die Zähne gesund erscheinen. Die sogenannte Arthritis alveolaris ruft die meisten Halsabscesse, namentlich die suprahyoidalen und diejenigen des Bodens der Mundhöhle hervor, welche die Ludwig'sche Angina heissen. Dr. P. K.

Angeborene Kürze des harten Gaumens. (Brièveté congénitale de la voute palatine.) Von Dr. A. Caster. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Seltene Fälle, welche die Sprache stören. Verf. beschreibt einen solchen genau. Dr. P. K.

Der periphere Verlauf der motorischen Rachen- und Gaumennerven. Von Dr. L. Réthi in Wien. Aus dem physiologischen Institute der k. k. Universität in Wien. Mit 1 Tafel. (Aus den Sitzungsberichten der kaiserl. Academie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturw. Classe; Bd. CII., Abth. III., März 1893.)

Diese auf Experimenten an Kaninchen, Katzen, Hunden und Affen begründete Arbeit ist die Ergänzung einer früheren, in welcher nachgewiesen wurde, dass die Wurzeln der Nerven der Rachen- und Gaumenmuskeln im oberen und mittleren Wurzelbündel des Glossopharyngeus-Vagus-Accessorius-Ursprunges enthalten sind. R. fand nun 1) dass die

Digitized by Google

motorischen Fasern des M. stylopharyngeus aus dem oberen, dem N. glossopharyngeus angehörigen Wurzelbündel schon innerhalb des Foramen jugulare in den Vagusstamm übertreten und durch die Aeste des Ramus pharyngeus vagi ihrem Endziele zugeführt werden.

2) Die im mittleren Wurzelbündel des Glossopharyngeus-Vagus-Accessorius-Ursprunges enthaltenen motorischen Fasern für den M. levator veli palatini verbleiben auch weiter im N. vagus und gehen durch den oberen Ast des Ramus pharyngeus vagi und nach dessen Auflösung in mehrere feine Fäden in deren oberstem, hinter der Tonsille verlaufenden und über derselben in die seitliche Rachenwand eintretenden zum M. levator veli palatini. R. stellt dann die in seiner früheren Arbeit ausgesprochene Behauptung, dass die motorischen Levatorfasern ganz besonders in den oberen Fasern des mittleren Wurzelbündels enthalten sind, dahin richtig, dass die Levatorwirkung bei Reizung der unteren Fasern dieses Bündels am deutlichsten zu sehen ist. Den Widerspruch zwischen seinem Befunde und dem Belvor's und Horslay's, welche die Levatornerven vom N. accessorius ableiten, glaubt Verf. damit erklären zu können, dass die Auffassung, was noch zum N. vagus und was zum N. accessorius zu rechnen ist, verschieden ist. Er begründet dann ausführlich, warum er die unteren Fasern des mittleren Wurzelbündels als Vaguselemente ansieht.

3) Die für die Constrictoren des Rachens bestimmten, im mittleren Wurzelbündel enthaltenen motorischen Nerven verlaufen demnach im Ramus pharyngeus vagi und werden durch die beiden, beziehungsweise drei Aeste desselben ihrer Bestimmung zugeleitet.

4) Die für den M. palatopharyngeus bestimmten motorischen Nerven verlaufen in der Regel im unteren, beim Hunde hingegen zumeist im mittleren Aste und die des M. palato-glossus im oberen Aste des Ram. pharyngeus vagi. Dass beim Menschen die anatomischen Verhältnisse die gleichen sind, will Verf. nicht behaupten, hält es aber für wahrscheinlich. Hierfür spricht die klinische Beobachtung von Fällen, in denen der Facialisstamm centralwärts vom Knie erkrankt war ohne Gaumensegellähmung, andererseits von Affectionen des N. accessorius vagi, die mit Gaumensegellähmung einhergingen ohne Erkrankung des N. facialis, endlich von Fällen, welche dafür sprechen, dass die motorischen Rachen- und Gaumennerven im N. vagus nach seinem Austritte aus dem Foramen jugulare enthalten sind. Mit einem Hinweis auf die klinische Bedeutung der erörterten Verhältnisse schliesst die mit einer instructiven farbigen Tafel ausgestattete interessante Abhandlung. Dr. Hitschmann.

Gefühl einer Stecknadel im Halse. (La sensation d'épingle dans la gorge.) Von Dr. Dunn. (New-York med. Journal und Annales des mal de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Verf. erzählt 5 Fälle, wo trotz des Gefühls der Stecknadel gar kein Fremdkörper vorhanden war; in 4 Fällen bestand Pharyngitis granulosa bei nervösen Patienten, die Berührung der Granulationen brachte das anormale Gefühl hervor; locale Behandlung brachte Heilung. Im fünften Falle kam nach ausgeführter Amygdalotomie, Entfernung der mittleren Nasenmuschel, Brennen der empfindlichen Pharynxtheile nur vorübergehende Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Das Verhalten des Kehldeckels, der Arytaenoidknorpel und des unteren Rachenabschnittes während des Schlingactes. Vortrag von Dr. L. Réthi, gehalten in der Sitzung des physiologischen Clubs zu Wien am 28. Februar 1893. (Separatabdruck aus dem Centralblatt für Physiologie, 8. April 1893, Heft 1.)

Die Epiglottis wird nicht durch die Thätigkeit der Kehlkopfmuskeln, sondern nur durch den Zungengrund auf den Kehlkopfeingang niedergedrückt. Obgleich der Kehldeckel nicht unbedingt nöthig zum Ablauf des Schlingactes ist, können durch unvollständige Annäherung der Gebilde in Folge von pathologischen Veränderungen Speisen und Getränke von dem Rachen in den Kehlkopf gelangen. Ferner constatirte R. während des Schlingactes Contractionen des M. crico-thyreoideus, Annäherung der Cartilago thyreoidea und Cricoidea und kräftige Adduction der Stimmbänder nebst Vorneigung der Arytaenoidknorpelspitzen und Ausbuchtung der hinteren Rachenwand nach hinten aussen beiderseits der Raphe, vom Niveau des Zungenbeines bis zum Ringknorpel herab, welche am deutlichsten in der Höhe der Arytaenoidknorpel war und nach Durchschneidung des N. laryngeus medius auf der betreffenden Seite entfiel.

Dieser Nerv versorgt somit den unteren Theil des M. stylopharyngeus. Die Excavation ging in der Regel der Vorwärtsbewegung der Arytaenoidknorpel voraus, dann folgte allseitige Verengerung des Rachens.

Versuche bezüglich der Druckverhältnisse während des Schlingactes ergaben, dass im Niveau der Stimmbänder und im Rachen in der Höhe der Arytaenoidknorpelspitzen der Druckzunahme eine Druckverminderung vorausging. In der Trachea trat die Druckabnahme erst nach Durchschneidung eines N. laryngeus recurrens auf und entfiel, wenn beide N. laryngei durchschnitten wurden.

Der Wegfall der Excavation ist Ursache der Schluckpneumonie bei Kaninchen, bei denen beide N. laryngei medii durchschnitten wurden. Die Druckabnahme wirkt ansaugend auf den Bissen und diese Ansaugung schützt neben dem Verschluss des Kehlkopfeinganges und der Glottis, der Sensibilität der Larynxschleimhaut und Unterbrechung der Athmung während des Schlingactes vor den Gefahren des Verschluckens.

Injectionsversuche in das retropharyngeale Zellgewebe ergaben dessen physiologische Bedeutung dahin, dass dessen lockeres Gefüge ausgiebige Bewegungen der hinteren Rachenwand, besonders an Stelle der grössten Ausbuchtung beim Schlingacte, gestattet. Dr. Hitschmann.

Differentialdiagnose zwischen Stottern und den übrigen Sprachstörungen. (Diagnostic différentiel entre le bégaiement et les autres troubles de la parole.) Von Dr. Cheroin. (Union médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Verf. sucht das wirkliche Stottern von den anderen Sprachstörungen zu unterscheiden. Es giebt nur 5 Symptome, welche dem Stottern eigen sind: 1) der Beginn in der Jugend zwischen 3—7 Jahren, selten später, nie nach der Pubertät; 2) mehr weniger ausgesprochene Respirationsstörungen; 3) nie fehlende Intermittenzen; 4) völliges Verschwinden während des Singens; 5) totale Unabhängigkeit von jeder Störung der sensitivomotorischen Organe. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber psychomotorische Centren der articulirten Sprache. (Sur les centres psychomoteurs de la parole articulée.) Von Dr. Paul Rangé. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Man muss die Functionen des Broca'schen Centrums, wegen der zu complicirten Functionen, in verschiedene Unterabtheilungen eintheilen; denn es sind verschiedene complicirte mechanische Phänomene, welche die Sprache hervorbringen; drei Apparate müssen in Thätigkeit gesetzt werden: 1) gewollte Exspiration, oft mit Absicht angehalten und zurückgehalten; 2) Contraction der Glottis, um den elementaren Vocalton hervorzubringen; 3) Muskelcontractionen des Pharynx und des Mundes, um den Larynxton in articulirte Sprache umzuwandeln. Drei so verschiedene Actionen, theoretisch gesprochen, können unmöglich von einem und demselben Centrum ausgehen; man muss annehmen, dass solche willkürliche Acte von verschiedenen, wenn auch zu einem allgemeinen, durch Anastomosen zusammengesetzten Organe ausgehen. Die sichtbare Wirkung der Broca'schen Gehirnwindung besteht in dem Befehlen der Articulation. Auf der anderen Seite haben Semon, Krause, Rebillard, Déjérine und Garel am unteren Ende des Gyrus frontalis ascendens eine Stelle gefunden, deren Reiz den Glottisverschluss einlöst. Aber weder die Klinik noch die Physiologie haben das Centrum gefunden, von welchem aus die Exspirationsbewegungen mit der Stimmbildung ausgelöst werden, obwohl theoretisch dessen Existenz anzunehmen ist. Dr. P. K.

Sarcoma fasciculatum des Larynx am rechten wahren Stimmbande. (Sarcome fasciculé en nappe du larynx sur la corde vocale inférieure droite.) Von Dr. A. M. Dansac. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Verf. giebt die genaue Beschreibung dieses primären Sarcomes. Heilung. Genau durchgeführte microscopische Beschreibung mit Illustration. Diese der Larynxmucosa allein entstammenden Sarcome, mögen sie von dem Stimmbande selbst oder von anderen Stellen der eigentlichen Larynxschleimhaut herkommen, stellen eine besondere Art von Larynxtumoren dar, ganz verschieden anatomisch sowohl als klinisch von den laryngealen Sarcomen, welche den Larynxknorpeln oder den tieferen submucösen Schichten entspriessen. Man muss selbe also von den malignen Larynxtumoren, welche die eigentliche Larynxmucosa auf dem Wege der Blut- oder Lymphgefässe, also von aussenher ergreifen, unterscheiden. Die malignen Tumoren der hinteren Larynxwand, der aryepiglottischen Falten, des Nasenrachenraumes, des Zungengrundes, der Epiglottis, des Oesophagus können nämlich secundär die Larynxmucosa ergreifen; das klinische Bild sowohl als der microscopische Bau letzterer Tumoren sind ganz verschieden von den klinischen und microscopischen Symptomen der primären Stimmbandtumoren, namentlich der Tumoren der Stimmbandmucosa, deren klinischer Verlauf, geringer Einfluss auf das Allgemeinbefinden und Structur mit den bekannten malignen Hauttumoren, z. B. Cancroid, Epitheliom und Sarcom, verglichen werden können. Dr. P. P.

Digitized by Google

Ueber die periodische Angina. (Sur l'angine périodique.) Von Dr. Piazza. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1893, No. 1.)

Kommt nach Peter und Demos immer bei Febris palustris vor, ist also immer intermittirend und hat das Chinin als hauptsächlichstes Specificum. Die neueren Autoren aber bezweifeln diesen Zusammenhang, das Halsleiden sei eine einfache Neuralgie mit Hyperämie, gegen welche Chinin ja bekanntlich auch helfe. Verf. sucht durch ein Beispiel zu beweisen, dass eine Art Angina besteht, welche mit der Febricula oder neapolitanischem Fieber zusammenhängt; dies ist bis jetzt noch nicht bekannt gewesen und kann durch die Symptome zur Lehre der Rachenleiden bei acuten Infectionen beitragen; Verf. beweist ferner, dass im Verlaufe der Febricula, welche ganz verschieden von Intermittens ist, eine periodische Angina entstehen kann. Dr. P. K.

Experimentalstudie über den Tod durch Erhängen. (Etude expérimentale de la mort par pendaison.) Von Dr. G. Corin. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique 1893, No. 3.)

Alle Autoren stimmen darin überein, dass die Compression der Carotiden und Vagi eine Hauptrolle spielen, während die Compression der Jugulares von keiner Bedeutung ist. Die Experimente von Langreuter beweisen, dass die Zungenbasis den Pharynx und Nasenrachenraum buchstäblich tamponirt. Was die Verschliessung der Carotiden betrifft, so hat Verf. die Experimente von Hofmann nachgemacht und kommt zu dem Schlusse, dass beim Hängen das Schliessen der Carotiden hauptsächlich von dem durch den Strick auf den Hals ausgeübten Druck herrührt; demgemäss sind die Arteriae vertebrales beim Erhängen nicht geschlossen. Bei den Versuchsthieren hat die Compression der Halsgefässe gar keinen Einfluss und keinen Antheil an dem bei dem Hängen sich abspielenden Symptomencomplex. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Vom Thierexperiment kann man nicht auf den Menschen schliessen, namentlich in Bezug auf die Gehirncirculation, weil sie sich beim Hunde viel leichter als beim Menschen durch Collateralkreislauf wieder herstellt; 2) beim Menschen sind die Gehirn- und Rückenmarkscentren viel empfindlicher als beim Thier; 3) beim Hunde kommt beim Erhängen höchstens die Compression der Vagi in Betracht, welche den Tod durch einen bis jetzt noch nicht bestimmbaren Mechanismus verzögern kann; 4) andererseits kann aber diese Compression durch sich einen Zustand von Depression der Nervencentren hervorrufen, so dass die tumultuösen Scenen des gewöhnlichen Erstickungstodes fehlen. Dieses kommt wahrscheinlich beim Tode durch Erwürgen vor. Dr. P. K.

Larynxschwindel oder Larynxepilepsie. (Vertige laryngé ou epilepsie laryngée.) Von Dr. Wendell Philipps. (Medical Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Die bekannten Symptome traten bei einem 50jährigen Manne ein, selbst im Bette. Einfache Behandlung mit Bromnatrium und Eucalyptol brachten in 12 Tagen Heilung. Eucalyptol wirkt besonders gut bei Hypersecretion der Mucosa. Verf. schlägt den Namen Larynxohnmacht vor. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fall von Larynxschwindel. (Un cas de vertige laryngé.) Von Dr. Adler. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, No. 4.)

Es bestanden weder Aura, noch Schrei, noch unwillkürlicher Urinabgang, noch nachfolgender Blödsinn. Wahrscheinlich bestanden bei krampfhaftem Glottisverschluss starke Exspirationsbewegungen mit vermehrtem Druck im Thorax, Cyanose des Gesichtes und des Halses. Die gewöhnliche Behandlung liess im Stich, während die Uvulotomie half. Verf. erzählt zwei ähnliche Fälle: Den einen von Gleismann, wo adenoide Vegetationen operirt wurden, den anderen von Charcot, wo Pharynxgranulationen geätzt wurden und wo in beiden Fällen auf diese Weise Heilung eintrat. Dr. P. K.

Reflexkrampf der Glottis in Folge von Magenerweiterung. (Spasme reflexe de la glotte consécutif à la dilatation de l'estomac.) Von Dr. G. Seton. (Revue de laryngologie 1893, No. 9.)

Ein aus Indien zurückgekehrter, ausgehungerter Soldat ass unvernünftige Quantitäten roher Speisen und trank viel Wasser dabei. Darnach sang er während einer ganzen Stunde. Es trat Spasmus glottidis auf, welcher erst nach Darreichung eines Brechmittels aufhörte.
Dr. P. K.

Lähmung der Glottiserweiterer nach einer wegen Croup ausgeführten Tracheotomie. (Paralysie des cricoaryténoidiens postérieurs à la suite d'une trachéotomie pour croup.) Von Dr. Giulio Masini. (Bollettino delle Malattie del orecchio, della gola e del naso und Revue de laryngologie 1893, No. 9.)

Electricität, Massage und gymnastische Uebungen der Larynxmuskeln brachten Heilung nach 2 Monaten. Dr. P. K.

Einfache Laryngitis mit continuirlichem Pfeifen. (Laryngite simple avec tirage continu.) Von Dr. Boiteux. (Revue médicale de la Franche-Comté und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Bei kleinen Kindern zeigen sie die Symptome des Croup; sie entstehen plötzlich und werden dann leicht als Laryngitis stridulosa gekennzeichnet oder sie kommen schleichend und werden dann oft für Croup gehalten. Characteristisch ist bei ihnen das continuirliche gehinderte Athmen, welches mehrere Tage anhalten kann und manchmal von Erstickungsanfällen, welche sogar die Tracheotomie erfordern, begleitet ist. Die Rachenuntersuchung hilft am meisten zur Diagnose. Ein Brechmittel, einige Tropfen Chloroform, ein Hautreiz, selbst ein Blutegel genügen gewöhnlich zur Heilung. Dr. P. K.

Eine neue Art von Hysterie. (Une variété nouvelle d'hystérie.) Von Dr. Schiffers. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 1, 1892.)

Verf. nennt Tomomanie das Begehren der wirklich Hysterischen, operirt zu werden wegen eines eingebildeten Uebels, welch' letzteres sie sich in Folge Lesens medicinischer Bücher als wirklich bestehend einbilden. Alle Practiker hatten solche Kranke in Behandlung. Referent bemerkt, dass in diese Categorie von Leiden alle sogenannten Par-

Digitized by Google

ästhesien gerechnet werden müssen; er selbst musste einmal, um den Kranken von der Einbildung eines Pflaumenkernes im Larynx zu befreien, die Tracheotomie ausführen, die Trachea tamponiren mittelst der Trendelenburg'schen Canüle, die Laryngofissur machen und dann erst den Kranken überzeugen, dass kein Pflaumenkern vorhanden war; Patient war geheilt. Dr. P. K.

Gefahren gewisser Larynxzangen. (Dangers de certaines pinces laryngiennes.) Von Dr. Beausoleil. (Société d'ophtalmologie, d'otologie, de rhinologie et de laryngologie de Bordeaux, séance du 17 Janvier 1893 und Revue de laryngologie 1893, No. 6.)

Wenn die leichter construirten Laryngealzangen leicht handbar sind und kleine Polypen zu extrahiren gestatten, so zerbrechen sie auf der anderen Seite auch wieder leichter. Verf. wollte mit einer sich im sagittalen Durchmesser öffnenden Tobold'schen Zange einen kleinen, am hinteren Drittel des rechten Stimmbandes flach aufsitzenden Tumor entfernen; während der Operation brach das vordere Ende ab und blieb in der Mucosa interarytenoidea stecken; es wurde nach einem Erstickungsanfall mittelst gewöhnlicher Larynxpincette leicht herausgeholt.

Dr. P. K.

Ueber Kropfbehandlung. Von Dr. O. Stelzner. (Jahresber. d. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkde. in Dresden 1892/93, pag. 65.)

St. hat während der letzten 12 Jahre im Dresdener Stadtkrankenhause 82 Kröpfe in Behandlung gehabt. Von diesen wurden 76 typisch operirt, während einer bei Jodkalium-Behandlung und einer auf Jodeinspritzung sich besserte, eine Strumitis durch Eisbehandlung zurückging, ein Carcinom nur der Sondenbehandlung des Oesophagus unterworfen und bei einem anderen Carcinom nur die Tracheotomie ausgeführt wurde, während endlich ein Carcinom als inoperabel abgewiesen werden musste.

Von den 76 operirten Kröpfen betrafen 17 Männer und 59 weibliche Kranke. Das Alter der betreffenden Kranken schwankte zwischen 14 und 65 Jahren, die grösste Zahl fällt in die Altersgrenze zwischen 19 und 25 Jahren und zwar befanden sich 23 im Alter von 14—19, 29 im Alter von 20—29, 15 im Alter von 30—49 Jahren, 14 in höherem Alter.

In 10 Fällen handelte es sich um acute eitrige Strumitis (3 Männer, 7 Frauen), die zum Theil mit sehr schweren Erscheinungen einhergingen. 23 Fälle (6 Männer, 17 Frauen) betrafen parenchymatöse Kröpfe; 22 (2 Männer, 20 Frauen) waren ausgesprochene Colloidkröpfe; 18 (5 Männer, 13 Frauen) grosse Cystenkröpfe; 1 zeigte sich als Gefässkropf mit Cystenbildung; 2 waren Carcinome (2 Frauen). — Beide operirte Carcinomkranke starben; die eine kurz nach Beginn der Operation an Erstickung. Die Section zeigte eine quer von vorn nach hinten zusammengedrückte, vollkommen weiche Trachea. Die andere, gleichfalls an hochgradiger Suffocation leidende Kranke, bei welcher nur eine partielle Exstirpation zur Befreiung der Trachea vom Drucke der Geschwulst ausgeführt wurde, starb nach wenigen Tagen an beiderseitiger Schluckpneumonie. — Von den übrigen 74 Kropfoperirten starben nur 2, die

Digitized by Google

eine an unstillbarer Blutung nach Incision eines Gefässkroptes, die andere (an hochgradiger Basedow'scher Krankheit leidend) an Pneumonie. 72 Kranke überstanden die Operation, 62 mit Uebergang in volle Genesung, 10 mit mehr oder weniger bedeutenden Nachkrankheiten, und zwar wurden 4 mit noch bestehender Heiserkeit, 3 mit einseitiger Stimmbandlähmung und 3 mit Tetanie entlassen; von diesen letzteren fallen 2 in die Zeit, wo noch die vollständige Entfernung beider Kropfhälften gebräuchlich war; eine aber in die neuere Zeit. Bei ihm wurde die rechte Kropfhälfte ganz, die linke, gleichfalls stark vergrössert, zum grossen Theile entfernt. Der zurückgelassene Rest, der in der Folge wahrscheinlich noch atrophirt ist, hat offenbar nicht zur Verhütung der Tetanie ausgereicht. — Von den 3 mit einseitiger Stimmbandlähmung Entlassenen litt die eine Kranke schon vor der Operation an Stimmbandlähmung. Sie bestand weiter fort. — Die 4 mit etwas heiserer Stimme Geheilten wurden mit der Hoffnung entlassen, dass sich die Heiserkeit nach und nach verlieren werde, gemäss der Erfahrung, dass auch in anderen Fällen, wo nach der Operation leichte Grade von Heiserkeit beobachtet wurden, dieselbe bald wieder verschwand. — Im Ganzen wurde 5 Mal die totale Exstirpation beider Kropfhälften vorgenommen. Zwei von diesen — sämmtlich circulären — Kröpfen sind ohne jedes Zeichen von Tetanie vollstandig genesen. Bei einer dritten Kranken schwanden nach 8 Tagen die bis dahin bestehenden Contracturen in Fingern und Zehen; bei 2 der Kranken persistirte die Tetanie und bei einer von diesen traten epileptische Anfälle hinzu mit Ausgang in allmählige Verblödung. Die partielle Entfernung der Kropfgeschwülste, und zwar stets einer ganzen (meist der rechten) Kropfhälfte oder einer, eine Hälfte einnehmenden Cyste, wurde 53 Mal ausgeführt. Eine Kranke starb (Pneumonie). Sie litt an schwerem Basedow. Die anderen 52 Operirten genasen, und zwar fast ausnahmslos ohne Fieber bei Primärheilung. In 18 Fällen wurde bei acut eitriger Strumitis und bei grossen Cysten breit incidirt und dann drainirt und austamponirt. Eine Kranke (Gefässcystenkropf) starb an Verblutung. Als intercurrente Krankheiten wurden noch Pneumonien (6 Mal) beobachtet. Das Gesammtresultat seiner Erfahrungen fasst St. folgendermaassen zusammen: 1) Die medicamentöse Behandlung der Kröpfe ist nur selten ausreichend, doch bei jungen Kröpfen zunächst zu versuchen; 2) Jodeinspritzungen sind als unsicher im Erfolge und nicht ganz ungefährlich nicht zu empfehlen; 3) die totale Kropfexstirpation ist unter allen Umständen zu vermeiden; 4) die halbseitige Kropfausschneidung ist das Normalverfahren; 5) dieselbe stellt aber einen Eingriff dar, der nicht ganz ohne Gefahr ist und deshalb zu rein kosmetischen Zwecken bedenklich erscheint; 6) es ist immer die prima intentio der Wunde zu erstreben.

Aus der Discussion möge hervorgehoben werden, dass Sprengel einen Fall erwähnt, in dem die bestehende ausgesprochene Basedowsche Krankheit durch Exstirpation einer grösseren Cyste schnell und dauernd geheilt wurde, und dass Rupprecht die von R. Köhler und J. Wolf registrirte interessante Thatsache, dass nach Entfernung der einen Hälfte einer diffus kropfigen Schilddrüse, die vergrössert zurückgelassene andere Hälfte nach einigen Monaten zur normalen Grösse zurückkehrte.

Beschorner.

Digitized by Google

III. Kritik.

Tafel des menschlichen Gehörorganes in Farbendruck mit erklärendem Text von Dr. med. G. Sandmann. Berlin NW. 1892. Verlag von Boas und Hesse, Luisenstrasse 42.

Die Tafel, nach Präparaten des Verfassers und unter dessen Controle von Herrn Maler Tischler in Aquarellfarben ausgeführt und mit derselben Farbengebung lithographisch vervielfältigt, zeigt ein linksseitiges menschliches Hörorgan in 14facher Vergrösserung. Die Aufnahme geschah bei einer Neigung des Schädels gegen die Horizontalebene nach vorne um einen Winkel von ca. 15°, das Präparat von vorne und aussen gesehen.

Bei der Complicirtheit des Baues ist eine Darstellung des Gehörorgans in einer einzigen Zeichnung gewiss eine sehr schwierige Aufgabe, und doch ist diese so befriedigend gelöst, dass diese Tafel jedenfalls als eine nützliche Bereicherung didactischer Hilfsmittel angesehen werden kann. Hauptsächlich dürfte sie aber in Lehranstalten für Nichtmediciner, wo natürliche Präparate wenig oder gar nicht zur Verfügung stehen, wie in den Mittelschulen, beim Unterrichte viel benutzt werden.

Die beigegebene kleine Brochure giebt die Erläuterung der Tafel und bietet so eine kurze Beschreibung des menschlichen Gehörorganes, das Schläfebein einbegriffen. Bei Schilderung des letzteren hätte Verf. besser gethan, die alte, mehr rationelle Bezeichnung Pars petrosa, Pars mastoidea etc. statt der von ihm gebrauchten Os petrosum, Os mastoideum etc. beizubehalten. Irrthümlich ist es aber jedenfalls, den Felsentheil, wie es Verf. thut, als dreiseitig zu bezeichnen, da die von ihm als vordere obere bezeichnete Fläche durch das Tegmen tympani ganz deutlich in eine vordere oder laterale und in eine obere geschieden ist. Doch sind dies nur geringe Fehlgriffe, welche dem jedenfalls nützlichen Werke keinen weiteren Abbruch thun werden. J.

INHALT.

I. Originalien: Kirchner: Apparat zur Gymnastik des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. — Tsakyroglous: Ohrenkrankheiten nach Parotitis epidemica. — Heymann: Ueber die Anwendung einiger neuer Aluminiumverbindungen in Nase und Hals. — Szenes: Bericht über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893) (Fortsetzung). — Burger: Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. — II. Referate: a) Rhinologische: Panné: Temporäre Resection der Nase auf die Dauer von drei Wochen zum Zwecke der Entfernung von Schleimpolypen aus den Nasenhöhlen. — Couetoux: Ueber die Phasen der Ozaena. — Mounier: Ueber eine seltene Ursache von Nasenbluten. — Tellier: Beitrag zur Lehre der Nasenrachenfibrome bei den Frauen. Fall bei einem 15jährigen Mädchen nebst microscopischem Befunde. — Luc: Latentes Empyem des Sinus frontalis dextr. ohne nachweisbare Ursache. — Behandlung durch Eröffnung des Os frontal. und Curettage des Krankheitsherdes. — Unvollständige Heilung. — b) Pharyngo-laryngologische: Goureau: Hartnäckiger Husten, durch Hypertrophie der Zungenmandel bedingt. — Delorme: Ludwig'sche Angina. — Magitot: Ludwig'sche Angina. — Caster: Angeborene Kürze des harten Gaumens. — Réthi: Der poriphere Verlauf der motorischen Rachen- und Gaumennerven. — Dunn: Gefühl einer Stecknadel im Halse. — Réthi: Das Verhalten des Kehldeckels, der Arytaenoidknorpel und des unteren Rachenabschnittes während des Schlingactes. — Cheroin: Differentialdiagnose zwischen Stottern und den übrigen Sprachstörungen. — Rangé: Ueber psychomotorische Centren der articulirten Sprache. — Dansac: Sarcoma fasciculatum des Larynx am rechten wahren Stimmbande. — Piazza: Ueber die periodische Angina. — Corin: Experimentalstudie über den Tod durch Erhängen — Philipps: Larynxschwindel oder Larynxepilepsie. — Adler: Fall von Larynxschwindel. — Seton: Reflexkrampf der Glottis in Folge von Magenerweiterung. — Masini: Lähmung der Glottiserweiterer nach einer wegen Croup ausgeführten Tracheotomie. — Boiteux: Einfache Laryngitis mit continuirlichem Pfeifen. — Schiffers: Eine neue Art von Hysterie. — Beausoleil: Gefahren gewisser Larynxzangen. — Stelzner: Ueber Kropfbehandlung. — III. Kritik: Sandmann: Tafel des menschlichen Gehörorganes.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. Berlin, November 1893. No. 11.

I. Originalien.

Zur therapeutischen Bedeutung des Natrium (tetra) boricum neutrale.

Von

Dr. **Jaenicke** in Görlitz.

Als ich im Frühjahr 1891 meine ersten Mittheilungen über die Heilwirkung des Natrium boricum neutrale bei chronischer Otorrhoe machte, verfügte ich über die verhältnissmässig geringe Zahl von einigen 40 Beobachtungsfällen. Jetzt, nachdem ich im Verlaufe von mehr als zwei Jahren gegen 200 chronische Ohreiterungen mit dem Mittel behandelt und zum Theil noch viele Monate nach erfolgter Heilung beobachtet habe, glaube ich ein bestimmteres Urtheil über den therapeutischen Werth des Mittels aussprechen zu dürfen und stehe nicht an, meine an dem genannten Krankenmaterial mit demselben gemachten Erfahrungen an dieser Stelle mitzutheilen.

Zuvor aber muss ich, da der Name und der chemische Character des Mittels von einer Seite beanstandet worden ist, welche man vielleicht für competent halten könnte[1]), einige Worte über die Entstehungsweise und das chemische Verhalten des Körpers vorausschicken.

[1]) A. Conrady, Apotheker in Erfurt: Pharmaceutische Ztg. No. 13, 1892.

Digitized by Google

Wenn man zu einer Lösung des (alcalisch reagirenden) Borax successive kleine Mengen Borsäure hinzufügt, so beobachtet man die interessante Thatsache, dass sich die Borsäure darin in viel reichlicherer Menge auflöst, als in dem gleichen Quantum Wasser. Setzt man das Eintragen der Borsäure so lange fort, bis die Reaction der Lösung gegen Lakmuspapier neutral geworden ist, so zeigt sich, dass dieselbe Borsäure und Borax zu ungefähr gleichen Theilen enthält. Viel schneller geht dieser Process bei Siedetemperatur vor sich und es genügt in diesem Falle ein Quantum von 100 Gramm Wasser zur Auflösung von 100 Gramm Borax plus 100 Gramm Borsäure. Aus dieser Lösung scheiden sich beim Erkalten sehr langsam kleine, kurze, meist rosettenförmig gruppirte Crystallprismen ab, welche weder mit der schönen Säulenform des Borax, noch mit den flachen, dünnen Blättchen der Borsäure Aehnlichkeit haben. Sie sind glashell, sehr hart, lösen sich in Wasser von Zimmertemperatur sehr langsam bis zu 18 pCt., bei Bluttemperatur zu fast 40 pCt., bei Siedetemperatur aber sehr schnell bis zu 70 pCt. auf. Die Lösung reagirt neutral, bei Anwendung sehr empfindlichen Lakmuspapieres amphoter, d. h. das blaue Lakmuspapier wird schwach geröthet, das rothe schwach gebläut. Die merkwürdigste physicalische Eigenschaft dieses Körpers ist seine Fähigkeit, sich eine beschränkte Zeit, welche umgekehrt proportional dem Procentgehalt ist, in übersättigter Lösung zu erhalten, d. h. aus heiss gesättigter Lösung (also etwa von 55 pCt.) beim schnellen Erkalten nicht sofort, wie andere Salze, sondern erst nach Ablauf von einigen Minuten sich auszuscheiden.

Dass der Körper kein einfaches Gemenge von Borsäure und Borax ist, beweist sein Verhalten zum absoluten Alcohol. Man ist nämlich nicht im Stande, der fein gepulverten Substanz durch Auslaugen mit absolutem Alcohol eine nachweisbare Menge freier Borsäure zu entziehen. Andererseits löst sich die Substanz sehr langsam, aber ohne Rest in der etwa 300fachen Menge absoluten Alcohol auf, während Borax bekanntlich darin ganz unlöslich ist. Daraus ergiebt sich, dass der Körper weder freie Borsäure, noch freien Borax[2]) enthält, also eine aus diesen beiden Componenten entstandene chemische Verbindung sein muss.

Wie aber ist der dabei stattfindende chemische Vorgang zu denken? Bei Einwirkung einer freien Säure auf eines ihrer secundären Salze entsteht in der Regel das primäre Salz. Danach würde sich in unserem Falle folgender einfache Vorgang ergeben: 4 Moleküle Borsäure vereinigen sich unter Ausscheidung von 5 Molekülen Wasser (wodurch aus der gewöhnlichen Orthoborsäure ein Molekül Tetraborsäure entsteht) mit einem Molekül Borax (welcher secundäres, tetraborsaures Natrium ist) zu 2 Molekülen primärem tetraborsauren Natrium, oder

$$4\,B(OH)_3 + Na_2B_4O_7 = 2\,NaHB_4O_7 + 5\,H_2O.$$

Der chemische Name, welcher der Verbindung zukommen würde, wäre also „primäres tetraborsaures Natrium“. In meiner ersten Mittheilung habe ich den Namen „neutrales (d. h. neutral reagirendes) bor-

[2]) Die Abwesenheit von freiem Borax wird auch dadurch bewiesen, dass ein Tropfen Olivenöl in der Lösung des Körpers in Wasser unverändert bleibt, während derselbe in einer Boraxlösung schnell unter Trübung derselben verseift wird.

Digitized by Google

saures Natrium“ vorgezogen, weil mir dieser als Formel für die ärztliche Verordnung geeigneter erschien. Ich werde denselben auch in diesem Aufsatze beibehalten.

Zur Herstellung des Körpers empfiehlt es sich, chemisch reinen Borax zu verwenden, da der gewöhnliche Handelsborax oft mit fremdartigen Mineralsubstanzen stark verunreinigt ist, welche nachher dem neutralen borsauren Natrium anhaften und die therapeutische Wirksamkeit desselben beeinträchtigen[3]).

Die Eigenschaften, welche das neutrale borsaure Natrium zu einem sehr wirksamen Heilmittel bei chronischer Ohreiterung machen, sind seine fast absolute Reizlosigkeit und Ungiftigkeit, welche die Anwendung von ganz ausserordentlich hoch concentrirten Lösungen in allen Fällen gestattet, ferner seine zuverlässige antiseptische Wirksamkeit und endlich seine grosse Löslichkeit, besonders in der Form der übersättigten Lösung.

Die antiseptische Wirkung des Mittels habe ich bereits in meiner ersten Mittheilung besprochen und will hier nur wiederholend bemerken, dass dasselbe, ohne die Spaltpilze selbst zu vernichten, deren Lebensäusserungen (nämlich ihre Vermehrung und die damit verbundene Erzeugung giftiger und reizender Stoffwechselproducte) unterdrückt, woraus für die Therapie sich die Nothwendigkeit ergiebt, das eiternde Organ beständig und ununterbrochen bis zu seiner Heilung unter der Einwirkung des Mittels zu halten. Diese Forderung lässt sich sehr bequem und in völlig ausreichender Weise durch eine täglich wiederholte Eingiessung einer starken, übersättigten Lösung erfüllen, nur ausnahmsweise sind zwei tägliche Eingiessungen nöthig. Eine zu einer Eingiessung gerade genügende Menge einer übersättigten Lösung von etwa 50—60 pCt. bereitet man sich am zweckmässigsten in folgender Weise: In einem kleinen Reagensglase fügt man zu einer reichlichen Messerspitze der gepulverten Substanz mit der Pipette oder dem eingetauchten Finger tropfenweise eine kleine Menge Wasser, so dass beim Umschütteln ein dünner Brei entsteht, bringt denselben durch Kochen über der Lampe oder der Spiritusflamme zur Lösung und kühlt die letztere durch Eintauchen des Gläschens in kaltes Wasser etwa auf Bluttemperatur ab, worauf man dieselbe sogleich in das vorher gereinigte Ohr eingiesst und mit Hilfe der Tragusspresse in alle erreichbaren Abschnitte desselben hineintreibt. Darauf wird bei wieder aufgerichtetem Kopf der Gehörgang mit Watte ausgetupft und mit einem Stück Verbandgaze bis zu der nächsten Eingiessung locker verschlossen.

Die Herstellung und Handhabung der übersättigten Lösungen betreffend, möchte ich noch bemerken, dass eine mit Hilfe der Siedetemperatur hergestellte und durch Eintauchen des Reagensgläschens in kaltes Wasser schnell auf 30° C. abgekühlte Lösung von 65 pCt. nach etwa einer halben Minute beginnt Crystalle auszuscheiden; bei einer ebenso bereiteten Lösung von 60 pCt. tritt diese Ausscheidung nach 1 — 1½ Minuten, bei einer von 50 pCt. erst nach 4 — 5 Minuten ein; bei noch schwächeren übersättigten Lösungen tritt dieser Vorgang nach entsprechend längerer Zeit ein. Indessen kommt es im einzelnen Falle

[3]) Ein brauchbares Präparat ist in der Untermarktapotheke und in der Adlerapotheke in Görlitz zu haben.

Digitized by Google

bei der Reizlosigkeit und Unschädlichkeit des Mittels sehr wenig darauf an, den Procentgehalt der übersättigten Lösung genau festzustellen und dürfte in praxi die oben angegebene Bereitungsweise derselben vollständig genügen.

Dass die antiseptischen Eigenschaften des Mittels den wesentlichen Heilfactor darstellen, dafür spricht mit aller Entschiedenheit das Verhalten des üblen Geruches in allen Fällen von fötider Otorrhoe, bei welchen sich der Krankheitsprocess ausschliesslich auf die Paukenhöhle oder den Gehörgang beschränkt. In diesen Fällen verschwindet nämlich ausnahmslos der Fötor nach der ersten bis zweiten Eingiessung, eine Erscheinung, welche sich nur so deuten lässt, dass durch das Natr. boric. die Lebensäusserungen der Spaltpilze, deren Ergebniss die Abspaltung übelriechender Stoffe aus den Eiweisskörpern des Eiters ist, unterdrückt werden. Es liegt aber auf der Hand, dass in gleicher Weise auch die Entstehung der giftigen und reizenden Stoffwechselproducte verhindert werden kann, durch welche die Bacterien die Paukenschleimhaut in den Zustand der chronischen Entzündung versetzen. Ist die Schleimhaut dem Einfluss dieser irritirenden Stoffe dauernd entzogen, so bildet sich der chronisch entzündliche Zustand derselben meist sehr schnell zurück, indem Hyperämie und Schwellung verschwinden, während gleichzeitig das Secret seine eitrige Beschaffenheit verliert und allmählig versiegt.

Neben diesem antiseptischen Vermögen des Natr. boric., welches in der chemischen Eigenart desselben begründet ist, kommt höchst wahrcheinlich noch eine rein physicalische Eigenschaft desselben als Heilfactor in Belracht. Das Natr. boric. hat nämlich als leichtlösliches anorganisches Salz, zumal in Gestalt der starken übersättigten Lösung, eine sehr erhebliche osmotische Kraft, vermöge deren es im Stande ist, dem Gewebe der Paukenschleimhaut Wasser zu entziehen. Diesen Vorgang sehen wir besonders intensiv bei einer sehr blutreichen und succulenten Schleimhaut auftreten, in welchem Falle die in den Gehörgang eingelegte Gaze schon nach kurzer Zeit von rein wässeriger Absonderung mehr oder weniger durchfeuchtet, ja durchnässt sein kann.

Betrachtet man einige Stunden nach der Eingiessung die Paukenschleimhaut, so findet man dieselbe auffallend blasser und zarter, anhaftende Epithelschollen und Eiterreste sind offenbar durch den aus der Schleimhaut in den Paukenraum sich ergiessenden Flüssigkeitsstrom abgelöst und das Otoscopische erscheint in Folge dieser Vorgänge oft überraschend geklärt. Das Wesentliche dieses offenbar die Heilung begünstigenden Gesammtvorganges scheint die Entlastung der Schleimhaut von einem Theile der in den Lymphräumen angesammelten Gewebsflüssigkeit und die damit verbundene Verminderung der entzündlichen Stauungshyperämie zu sein. Mit der acuten Abschwellung der Schleimhaut an hörwichtigen Theilen der Pauke (Steigbügelplatte, Fenesta rot.) hängt vermuthlich auch die kurze Zeit nach der Eingiessung erfolgende auffällige Gehörzunahme zusammen, auf welche Kafemann zuerst aufmerksam gemacht hat und welche auch ich in mehreren Fällen beobachten konnte.

Als Indicationen für die Anwendung des neutralen borsauren Natrium auf otiatrischem Gebiete können nur die chronischen Eiterungsprocesse des Gehörganges und der Paukenhöhle gelten. Ich habe das

Digitized by Google

Mittel ausschliesslich bei diesen Erkrankungen und zwar vorzugsweise in Gestalt der starken übersättigten Lösung bewährt gefunden. Bei Mittelohraffectionen mit schleimigem Secret ist sein Nutzen gering, bei acuter Mittelohreiterung ist das Natr. boric. in schwacher Lösung, zu Ausspülungen des Gehörganges gebraucht, einer gleichprocentigen Borsäurelösung nicht überlegen, die Anwendung starker übersättigter Lösung als Eingiessung in die Pauke aber nur dann erlaubt, wenn nach Verschwinden aller acuten Symptome der Ausfluss ungewöhnlich lange anhält und chronisch zu werden droht.

Vor der Anwendung übersättigter Lösungen, so lange noch Schmerzen vorhanden sind, möchte ich dringend warnen, da mir zwei Fälle bekannt geworden sind, wo nach einer solchen Eingiessung im acuten Stadium die Schmerzen sich bedeutend steigerten und Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatz auftrat. Dies ist auch kaum auffällig, wenn man bedenkt, dass im acuten Stadium einerseits eine ausserordentliche Hyperämie und seröse Durchtränkung der Schleimhaut besteht, andererseits die Trommelfellperforation ein feiner Einriss zu sein pflegt. Wenn unter diesen Verhältnissen eine übersättigte Lösung in die Pauke hineingepresst wird, so wird sogleich eine gewaltige Steigerung der Secretion durch dieselbe hervorgerufen werden, so dass die feine Perforation nicht mehr zur Ableitung des überschüssigen Secretes genügt. Die Folge hiervon muss eine schnelle Zunahme des intratympanalen Druckes mit ihren Nachtheilen und Gefahren sein, nämlich Vermehrung der Schmerzen und des Schwindels und Ausbreitung des entzündlichen Processes auf die Nebenräume der Paukenhöhle.

Bei chronischer Eiterung des äusseren Gehörganges habe ich das Natr. boric. im Ganzen in 15 Fällen bei 12 Personen angewendet. In der Mehrzahl dieser Otorrhoen bestand lästiger Fötor, welcher stets nach der ersten Eingiessung verschwand. In einigen Fällen bestand die Eiterung erst seit einigen Wochen oder Monaten, in anderen seit langen Jahren. Die Behandlungsdauer betrug 2—14 Tage, im Mittel 4 Tage, und zwar kamen sämmtliche Fälle zur Heilung. Wo entzündliche Schwellung des Gehörganges bestand, bildete sich diese nach dem Aufhören der Eiterung langsam zurück, dagegen bekleideten sich excoriirte Stellen im Gehörgang oder am Cutisüberzug des Trommelfelles sehr schnell mit neuem Epithel. (Schluss folgt.)

Bericht
über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893).

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss.)

28) v. Krzywicki (Königsberg i. P.): Demonstration eines Präparates von angeborenem Defect im Scheitelbeine.

v. K. zeigt ein Präparat, welches aus der Universitäts-Ohren- und Hals-Poliklinik in Königsberg i. P. von einem zehn Monate alten Kinde

Digitized by Google

stammt, welches sich Prof. Berthold und v. K. genöthigt sahen, vor einem Jahre zu operiren.

Dieses Präparat dürfte von doppeltem Interesse sein. Einmal, weil dasselbe einen Bildungsrückstand, d. h. eine runde Oeffnung im Scheitelbein dicht oberhalb der Linea temporalis (Verlängerung der Linea zygomatica) zeigt und zweitens, weil das Kind, von dem dieses Präparat herrührt, in den letzten Wochen vor seinem Tode an Erscheinungen litt, welche gewissermaassen lebhaft an die Flourens'schen erinnern. Das betreffende Kind bewegte öfter am Tage mit einer auffallenden Geschwindigkeit hintereinander den Kopf in horizontaler Richtung von rechts nach links und von links nach rechts. Bei der Section fand sich, dass ein Theil der äusseren Wand des horizontalen Bogens necrotisch war und nur lose sass. Inwieweit nun Beides, d. h. die Necrose der äusseren Wand des Horizontalbogens und die soeben erwähnte Erscheinung in Zusammenhang zu bringen ist, lässt v. K. dahingestellt sein. Erwähnung verdienen die beiden Thatsachen aber immerhin.

Das Kind wurde auf die Poliklinik gebracht mit einer rechtsseitigen Facialislähmung, leichter Anschwellung hinter der rechten Ohrmuschel, Abstehen derselben und äusserst übelriechender Otorrhoe aus dem rechten Ohr. Zugleich litt das Kind an Phthise. Da dasselbe aber von grossen Schmerzen gequält zu sein schien, so entschlossen sich B. und v. K., trotz seines überaus schlechten Aussehens zur Eröffnung der Anschwellung, um dem Kinde wenigstens eine Erleichterung zu verschaffen, da ja die Chancen einer Heilung bei einem so herabgekommenen phthisischen Kinde von vornherein gleich null waren. Gleich nach ausgeführtem Hautschnitt drängten sich sulzige Granulationen entgegen, welche entfernt wurden und welche in eine tiefe Höhle, welche dem ausserordentlich zerstörten Antrum und der Paukenhöhle entsprach, führten; nach oben zu, dort wo die Stelle des Pauken- und Antrumdachs zu sein pflegt, lag die Dura mater geschwollen und geröthet bloss da. Die Granulationen konnten ausserdem nach aussen, über intacten Knochen am Periost des Scheitelbeins, in einer Strecke von ca. 1—2 Centim. nach hinten und oben verfolgt werden und bedeckten in dieser Entfernung die blossliegende verdickte und stark geröthete Dura mater. Nach vorsichtiger Entfernung der Granulationen konnte man sehen, dass es sich hier um eine ca. 50 Pfennigstückgrosse Oeffnung des Scheitelbeins handelte, mit glatten Rändern, ohne eine Spur von Caries in der Höhle oder an den Rändern. Diese Oeffnung konnten B. und v. K. nicht anders als congenitalen Ursprungs, als einen praeexistirenden Bildungsfehler erklären, auf welchen die Granulationen später übergegriffen haben.

Dass derartige Defecte im Scheitelbein vorkommen, dafür bürgt unter Anderem die Demonstration Dr. Neumann's im Verein für innere Medicin in Berlin vom 4. April 1892, welcher einen congenitalen 10 Ctm. langen Defect des echten Scheitelbeins bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Kinde zeigte.

Das hier in Frage kommende Kind schien nach der Operation sich zu erholen, ja es konnte das rechte Auge wieder schliessen. Es lebte

Digitized by Google

noch zehn Wochen und starb schliesslich an rechtsseitigem Pyopneumothorax in Folge von Lungencavernen.

Durch die runde Scheitelbeinöffnung entstand mit der Zeit ein Gehirnprolaps, welcher durch Druckverband zurückzubringen versucht wurde.

Zu erwähnen wäre noch, dass die Granulationen, sowie die necrotischen erweichten Knochenstückchen, welche bei der Operation entfernt wurden, Tuberkeln mit Riesenzellen enthielten, dass es sich also hier um eine echte Tuberculose der Paukenhöhle und des Os petrosum gehandelt hatte.

Da der Fall immerhin interessante Complicationen darbot, glaubte v. K. denselben vorführen zu dürfen, um zugleich auf das Vorkommen von Lücken im Scheitelbein von kleinen Kindern aufmerksam zu machen.

Auch dürfte dieser Umstand zu einer gewissen Vorsicht bei der Ausführung des ersten Schnittes bei kleinen Kindern ermahnen.

29) Lucae (Berlin): Ueber Massage der Nasenschleimhaut.

In Fällen von hypertrophischen Nasenschleimhautschwellungen ging L. früher in der von Laker gelegentlich der vorjährigen Versammlung der otologischen Gesellschaft mitgetheilten Weise vor, indem er hierzu lange Sonden, deren Knopf mit Watte umwickelt und letztere dann mit Cocainlösung angefeuchtet war, verwendete. Später liess nun L. den Cathetern nachgeformte Metallsonden anfertigen, deren unterer Theil aus Neusilber, der obere hingegen, welcher in beliebiger Weise gebogen werden kann, aus angelöthetem Zinn gearbeitet wird. Auch diese Sonden können in verschiedenen Stärken angefertigt werden und eignen sich, laut der theils an sich selbst, theils aber an einer ziemlich grossen Anzahl von anderen Kranken gemachten Erfahrungen, zur verhältnissmässig raschen und dauernden Heilung von hypertrophischen Schwellungen der Nasenschleimhaut. L. empfiehlt, den aus Zinn angefertigten oberen Theil der Sonde vor der Anwendung des Instrumentes etwas einzufetten, wozu sich Natr. tetrabor. mit Lanolin und Glycerin am besten eignen. — (L. demonstrirt auch die betreffenden Sonden und zeigt, wie die Massage zu geschehen hat.)

30) Hartmann (Berlin): Demonstration von Instrumenten.

1) Ohrklappen zum Schutze des Ohres, zum Befestigen von Umschlägen und Verbänden.

Die Ohrklappen haben die Form eines Dreieckes. An der beim Anlegen nach oben gerichteten Spitze des Dreiecks ist ein Band in Schleifenform befestigt, während an den beiden unteren Ecken einzelne Bänder angebracht sind. Die Schleife ist so lang, dass sie, über den Scheitel gelegt, bis an den unteren Rand des anderen Ohres reicht. Beim Anlegen wird das Band der unteren vorderen Ecke des Dreiecks unter dem Kinn nach der anderen Seite geführt, durch die Schleife gezogen und dann mit dem um den Hinterkopf geführten hinteren Bande verknotet. Auf diese Weise ist die Klappe am Ohre so befestigt, dass sie sich weder nach oben, noch nach hinten, noch nach vorn, überhaupt nach keiner Richtung verschieben kann.

Digitized by Google

Die mit solchen Klappen versehenen Patienten berichten übereinstimmend, dass dieselben, selbst wenn sie während der Nacht getragen werden, ihre Lage nicht verändern.

H. hat Klappen anfertigen lassen:

a. aus schwarzem Stoff zum Befestigen von Verbänden;
b. aus Flanell zum Schutze des Ohres oder zur Anwendung von Umschlägen, die aus Holzwolle gemacht werden;
c. aus Gummi nach Art der Curschmann'schen Maske, indem an den Rändern ein lufthaltiger Gummiring angebracht ist. Eine solche Klappe schliesst luftdicht ab und ist im Stande, das Eindringen von Wasser in's Ohr beim Baden zu verhindern.

2) Watteträger für's Ohr und für Nase und Rachen.

Der Watteträger für's Ohr unterscheidet sich von den gebräuchlichen nur dadurch, dass seine Dimensionen kleiner gewählt sind, wodurch das zum Selbstgebrauch für Gesunde und Kranke bestimmte Instrument handlicher wird. Dasselbe besteht aus einem Stück Metall mit rundem, gerieftem Griffe. Es muss den Patienten das Umwickeln der Watte stets gezeigt werden, da die Watte nur gut befestigt ist, wenn der zuerst aufgelegte Theil fest um die Spirale gewickelt ist.

Der Watteträger für Nase und Rachen ist entsprechend grösser construirt. Mit Watte umwickelt, dient derselbe zu Pinselungen und zur Massage.

3) Paukenröhre.

Während H. früher Paukenröhren mit nach oben abgebogenem Ende benutzte, verwendet er jetzt ausschliesslich solche mit seitlich abgebogenem Ende, wodurch sich die Einführung und die Ausspülung leichter und bequemer gestalten. H. warnt davor, die Paukenröhre mit einem festen Griff zu versehen, wie es mehrfach empfohlen wurde. Es werden dem Patienten Schmerzen und Verletzungen erspart, wenn die Paukenröhre nur mit dem an ihr befestigten Gummischlauch gehalten wird. Ebenso ist davor zu warnen, die Paukenröhre frei im Gehörgang hängen zu lassen und dann die Ausspritzung vorzunehmen, es werden dadurch dem Patienten unnöthiger Weise Schmerzen verursacht.

Es gelang H. gerade in den letzten Jahren, vielfach bei Patienten allein durch den Gebrauch der Paukenröhre Heilungen herbeizuführen, nachdem bereits ausgedehnte Aufmeisselungen in Aussicht genommen waren.

4) Nasenröhren.

Während die von H. im Jahre 1883 zuerst beschriebene Nasenröhre hauptsächlich für die Highmorshöhle bestimmt war, wird dieselbe in einer jüngst erschienenen Arbeit von Lichtwitz für die Stirnhöhle empfohlen, obwohl sie zu diesem Zwecke zu kurz ist. Während der abgekrümmte Theil der gewöhnlichen Nasenröhre nur eine Länge von etwa über 1 Ctm. beträgt, bedürfen wir für die Stirnhöhle einer Abbiegung von etwa 3 Ctm. Länge. Dieselbe Länge besitzt die für die Ausspülung der Highmorshöhle durch den Alveolarfortsatz bestimmte Röhre. Dieselbe ist in schärferem (rechten) Winkel abgebogen, als die Röhre für die Stirnhöhle.

5) Bohrer für die Anbohrung der Highmorshöhle durch den Alveolarfortsatz.

Digitized by Google

Um ein plötzliches Einsinken des Bohrers zu verhindern, ist an dem Stiele in entsprechender Höhe ein Metallring angebracht.

6) Meisselzange zur Abtragung der Pars ossea des Trommelfells.

Das Instrument wurde zuerst auf der Naturforscherversammlung in Heidelberg (1889) von H. demonstrirt. Es hat später eine Constructionsveränderung dahin erfahren, dass die beiden Platten des Instrumentes leichter auseinander genommen werden können.

7) Ohrzangen.

Dieselben sind ähnlich, jedoch leichter und dünner gearbeitet, als die Mathieu'schen,

a. mit Griffenden wie bei der Kornzange. Diese Zangen dienen hauptsächlich zur Extraction der Gehörknöchelchen;
b. mit ineinander greifenden Häkchen, zur Entfernung von Fremdkörpern;
c. mit scharfen Löffelenden, zur Abtragung von Granulationen.

8) Conchotom.

Es hat sich H. das Bedürfniss herausgestellt, das früher von ihm zur Abtragung der vorderen Enden der mittleren Muschel bestimmte Instrument noch in kleinerer Form zu besitzen. Die beiden schneidenden Ringe sind auf etwa die Hälfte verkleinert. — Das Instrument eignet sich nicht nur zur Abtragung von Muscheltheilen, es kann auch zur Beseitigung von weichen Schwellungen, insbesondere zur partiellen Abtragung der Tonsille, benutzt werden.

9) Scheere für die Nase zur Abtragung der unteren Muscheln.

Dieselbe ist knieförmig gebogen, eine Branche feststehend.

31) Avellis (Frankfurt a. M.): Demonstration neuer Kehlkopfspiegel und eines Taschenbestecks für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.

Die allgemein im Gebrauch befindlichen Glas-Kehlkopfspiegel sind nicht in solcher Weise zu desinficiren möglich, als es die Sicherheit der Patienten und die Sauberkeit des Arztes erfordern. Es ist deshalb erforderlich, dass jeder Patient, der durch seine Krankheit einen Spiegel zur weiteren Benutzung verdirbt, dadurch dass er ihn inficirt haben kann, einen eigenen Spiegel besitze.

Deshalb hat A. Spiegel construirt, die nur aus spiegelnder Fläche bestehen und auf dem Rücken ein besonders gestaltetes Knöpfchen haben. Am Spiegelstiel ist eine stumpfwinklig abgebogene metallene federnde Zunge, die das darauf geschobene Spiegelplättchen sehr fest hält. Von dieser Thatsache der Schnelligkeit des Zusammensetzens und Auseinandernehmens, endlich der Unzerbrechlichkeit kann man sich nur am Modell überzeugen. Dieser Spiegel hat bequem in jedem kleinen Portemonnaie Platz.

Zu den 7 Spiegelnummern gehört nun ein Griff, die Spiegel selbst nehmen gar keinen Raum mehr ein, da sie nur 3 Millim. Höhe beanspruchen. Dieser Umstand veranlasste A., ein bequemes Taschenbesteck zusammen zu stellen.

Neu in diesem ist auch eine Sonde, die — von der Form der gewöhnlichen Kehlkopfsonde — an beiden Enden mit regelrechten Schrauben-

Digitized by Google

windungen endet. Auf diese passt ein kleiner olivenförmiger Knopf oder ein Messerchen. Diese Sonde repräsentirt also: 1) eine gekröpfte Nasen-, Ohren- und Kehlkopfsonde, 2) eine geriefte Nasen-, Ohren- und Kehlkopfsonde, endlich 3) ein gestieltes Messer für allerlei Zwecke (Paracentese, Ang. phlegmon. etc.).

Der Fränkel'sche Nasenspiegel ist so verändert worden, dass er ganz platt im Besteck liegt. — A. hat überhaupt ausschliesslich darauf Rücksicht genommen, dass Alles so klein und bequem als möglich sei. — Die Ohrentrichter etc. aber sind aus Aluminium.

Eine Aufzählung der übrigen Instrumente hält A. für unnütz, da jeder Arzt seine besonderen Wünsche darin hat.

Fabrikant der Instrumente ist Steiner, Frankfurt a. M., Allerheiligenstrasse.

32) Flatau (Berlin): Demonstration von Instrumenten.

F. demonstrirt eine vierfach stellbare Curette für die eröffnete Keilbeinhöhle, ferner eine Nasenscheere für präparatorische Operationen in der Nasenhöhle, endlich ein stellbares, nach dem Princip der histologischen Doppelmesser construirtes Synechotom, mit dem man intranasale Narbenmassen gleich- und einzeitig durch- und ausschneidet.

33) Seligmann (Frankfurt a. M.): Demonstration eines Nasenschleimhautmasseurs.

S. demonstrirt seinen Apparat, der die innere Schleimhautmassage maschinell ausführt. Durch Vermittlung eines weichen Apparates werden die Bewegungen eines Wagner'schen Hammers auf die massirende Sonde übertragen. Die Sonde selbst ruht auf einem Handgriffe, der ein Solenoid mit beweglichem Eisenkern enthält, auf welch' letzterem die Sonde befestigt ist. Vermittelst eines Rheostates und Unterbrechers wird der regulirbare Strom eines vierzölligen Accumulators zugeleitet und hierdurch der Eisenkern, und mit demselben auch die Sonde, in vibrirende Bewegung versetzt, und nun können durch entsprechende Sondenkrümmung Bewegungen in allen drei Richtungen des Raumes ausgeführt werden.

Der Apparat ist nach den Angaben S.'s im electrotechnischen Institute von Emil Braunschweig in Frankfurt a. M. angefertigt worden.

34) Szenes (Budapest): Demonstration einer Amboss-Caries.

Es handelt sich um einen Amboss, welcher sich spontan ablöste und gelegentlich einer Ausspritzung des Ohres in die vordere Partie des äusseren Gehörganges gerathen war. Die Caries selbst betrifft die vordere Fläche der oberen Hälfte des senkrechten Schenkels, dessen untere Hälfte, ebenso auch sein Körper und wagrechter Schenkel, vollkommen intact geblieben waren; es lässt sich ferner auch auf der Gelenkfläche des Ambosses, selbst mittelst einer Loupe, keine Spur einer Caries nachweisen.

Der Fall selbst bezieht sich auf einen 6 Jahre alten Knaben, bei welchem eine rechtsseitige chronische Otorrhoe bestanden hatte; in der Tiefe des äusseren Gehörganges sassen polypöse Wucherungen, welche theils mit der kalten Schlinge, theils mit dem scharfen Löffel abgetragen wurden; später entwickelte sich Caries und Necrose des Warzenfortsatzes und einen 25 Millim. langen, 13 Millim. breiten und 6

Digitized by Google

Millim. dicken Sequester löste Sz. von dem Warzenfortsatze schon nach 3 Meisselschlägen ab und eröffnete hierauf das Antrum mastoideum. Trotzdem das lymphatische Kind sorgfältigst behandelt wurde (innerlich bekam es auch Syrup. ferri jod. verkästen zuvörderst mehrere Drüsen am Halse, später entwickelte sich ein metastatischer Abscess an dem rechtsseitigen Ellbogengelenke, welcher ebenso wie die verkästen Drüsen von dem Chirurgen Dr. Gerber breit eröffnet und ausgelöffelt wurden. Es bildeten sich jedoch neuerdings torpide Granulationen, sowohl hier als auch auf der Warzenfortsatzwunde und in der Paukenhöhle, und trotzdem zwischen letzterer und Antrum die Communication fortwährend bestand und auch die Auslöffelungen mehrmals wiederholt wurden, entwickelte sich endlich auch noch ein grosser Abscess im rechtsseitigen Kniegelenke, und das Kind musste, nach einer nahezu 4 Monate langen poliklinischen Behandlung in der otiatrischen und chirurgischen Abtheilung der Charité in Budapest, auf eine stationäre Abtheilung eines Spitales gewiesen werden. Der weitere Verlauf des Processes ist unbekannt.

Die schön entwickelte Caries am langen Ambossschenkel, neben welcher die übrigen Ambosstheile ganz unversehrt blieben, glaubt Sz. zur Bekräftigung der in der Hallenser Ohrenklinik neuerdings gemachten Erfahrungen, betreffs des besonderen Prädilectionsortes von Amboss-Caries am senkrechten Schenkel, mittheilen zu dürfen.

35) Körner (Frankfurt a. M.): Demonstration von Photographien.

K. reicht Photographien herum, welche nach Durchschnitten von Köpfen menschlicher Embryonen, nach dem Verfahren von Marcus (Berlin), angefertigt wurden.

Zur Diagnose der Kieferhöhleneiterung.

Von

Dr. **H. Burger.**

Privatdocenten an der Universität Amsterdam.

In diesen Zeilen wird man zwei Punkte erörtert finden, welche für die Diagnostik der Kieferhöhleneiterung von Interesse sein dürften.

Ende December 1892 wurde mir von einem Collegen aus Nieuwediep ein Marine-Officier zugesandt, welcher seit 4 Tagen an stark fötidem Eiterausfluss aus der linken Nasenhälfte litt. Er klagte über Druck im Kopfe und Schwindel. Im mittleren Nasengang war Eiter zu sehen, welcher sich nach Entfernung immer wieder erneuerte. Nachdem sich Pat. eine Minute auf den Kopf gestellt, war der ganze mittlere Nasengang mit Eiter gefüllt. Die Durchleuchtung hatte ein positives Resultat: die rechte Gesichtshälfte wurde hell durchleuchtet; die linke blieb dunkel. Die Diagnose Empyem der linken Highmorshöhle war also ausser Zweifel gesetzt. Die Aetiologie dieses Falles blieb insofern unaufgeklärt, als einerseits eine Periodontitis der linken ersten oberen Molaris bestand; andererseits aber eine eitrige Rhinitis vorhanden war. Seit fünf Monaten

Digitized by Google

nämlich wurde Patient von einseitiger Nasenverstopfung gequält, welche durch die mühsame Entfernung von Eiterkrusten und -Borken zeitweise gehoben werden konnte. Da indessen diese Rhinitis ausschliesslich auf der rechten Seite localisirt war, glaubte ich, einen Zusammenhang derselben mit dem linksseitigen Highmorsempyem nicht annehmen zu dürfen. Die kranken Zahnwurzeln wurden von Herrn Grevers extrahirt und das Antrum in der Alveole angebohrt, wobei sich sehr viel stinkender Eiter entleerte. Das Empyem wurde, nachdem drei Monate lang fortgesetzte Ausspülungen ohne Erfolg geblieben waren, durch Jodoformgazetamponade geheilt; die crustöse Rhinitis zu gleicher Zeit durch Salzwassereingiessungen und Borsäure-Einblasungen mit Erfolg bekämpft.

Einen Monat, nachdem ich diesen Patienten zuerst gesehen, stellte sich ein zweiter bei mir ein, welcher genau denselben Symptomencomplex zeigte, nämlich Eiterung im linken Antrum Highmori und Borkenbildung in der rechten Nasenhälfte. Jetzt wurde mir klar, dass auch bei dem ersteren Patienten die Coexistenz dieser beiden Erscheinungen kein rein zufälliger Befund sein konnte, um so weniger, als eine nur die eine Nasenhälfte afficirende primäre, chronische Rhinitis wenigstens eine grosse Seltenheit ist.

Auch war es auffallend, dass bei beiden Patienten die Eiterkrusten nicht der ganzen Ausdehnung der Schleimhaut der rechten Nasenseite, sondern nur dem hinteren Theil derselben anhafteten. — Es lag nun auf der Hand, nach einer localen Ursache dieser einseitigen Naseneiterung zu suchen, und es dürfte wohl mit Recht die in beiden Fällen vorhandene Eiterung der linken Kieferhöhle als solche angesehen werden. Wie ist nun dieser Zusammenhang zu erklären? — Aus den einfachen anatomischen Verhältnissen! Dass der aus dem Antrum in die Nase abfliessende Eiter auf die Dauer eine eitrige Rhinitis verurschen kann, ist ohne Weiteres deutlich. Es ist ja bekannt, dass die einseitige „Ozaena" gewöhnlich auf eine Nebenhöhleneiterung zurückzuführen ist. Grünwald[1]) hat neuerdings diese Thatsache wieder nachdrücklich hervorgehoben; allein auch dieser Beobachter beschreibt eine nur in der andern Nasenseite localisirte Rhinitis als Folge eines Empyems nicht. Ich glaube, dieselbe entsteht auf diese Weise, dass bei der Bettlage auf der gesunden Seite der aus dem Antrum herausquellende Eiter längs der Nasenscheidewand nach hinten fliesst und von dem freien hinteren Rand derselben in die gesunde Nasenhöhle herunterträufelt. In dieser Nasenhälfte kann in solchen Fällen der Eiter während der ganzen Nacht stagniren, und es kann nicht Wunder nehmen, dass aus der allnächtlichen Wiederholung dieses Vorganges schliesslich eine Schleimhauterkrankung, eine Rhinitis, und zwar des hinteren Abschnittes dieser Nasenhälfte resultirt.

Die Kopfhaltung während der Bettruhe ist für die etwaigen Folgen des Eiterausflusses maassgebend. Bei Tage wird der sich in die Nase entleerende Eiter ausgeschneuzt, ausgespuckt oder verschluckt werden, und sich nicht auf längere Zeit in der Nase ansammeln. Bei Nacht aber gehorcht der Eiter nur dem Gesetz der Schwere. Bei der Lage auf der kranken Seite bleibt der Eiter ruhig im Antrum; nur bei der Lage auf der gesunden Seite wird er in die Nase herunterfliessen. Dann hängt

[1]) L. Grünwald. Die Lehre von den Naseneiterungen, 1893.

Digitized by Google

es von der Gestaltung der betreffenden Theile bei jedem Individuum und von der speciellen Lage des Kopfes (mehr nach vorn oder hinten geneigt) ab, ob der Eiter in der kranken Nasenhöhle auf dem Septum sich ansammeln, oder in die untere, gesunde Höhle abfliessen wird, oder dass er gar nicht in der Nase verbleibt, sondern sofort in den Rachen herunterläuft. Ich denke gar nicht daran, die Entstehung einer consecutiven Schleimhautentzündung an der Seite des kranken Antrums in Abrede zu stellen, ich glaube aber gezeigt zu haben, dass in Folge einer Kieferhöhleneiterung auch eine chronische Rhinitis ausschliesslich in der Nasenhöhle der andern Seite auftreten kann.

Diese Thatsache ist bei der Beurtheilung eines jeden Falles von einseitiger Rhinitis zu berücksichtigen. In den beiden oben erwähnten Fällen war die Diagnose der Kieferhöhleneiterung eine leichte Sache. Es ist aber bekannt, wie dieses Leiden bisweilen erhebliche diagnostische Schwierigkeiten darbietet, ja sogar völlig latent sein kann. In jedem Falle von einseitiger Rhinitis ist also darauf zu achten, ob vielleicht eine Eiterung in der Kieferhöhle der andern Seite besteht.

Die zweite Frage betrifft den der Durchleuchtung zukommenden diagnostischen Werth. Ich brauche hier nur zu bemerken, dass diese namentlich von Heryng und Vohsen ausgebildete Untersuchungsmethode darin besteht, dass man in einem vollständig dunkeln Zimmer dem Kranken eine kleine electrische Lampe in den Mund giebt, welche Lampe man, während Patient die Lippen schliesst, erglühen lässt. Man sieht dann bei normalen Verhältnissen, besonders wenn der Betreffende gracil gebaut und nicht fett ist, die Wangen und die unteren Augenlider hellroth leuchten. Ein abnormer, namentlich ein eitriger Inhalt der Highmorshöhle wird den Durchgang der Lichtstrahlen verhindern. Ein Dunkelbleiben der genannten Theile auf der kranken Seite kann also für die Diagnose des Vorhandenseins von Eiter verwerthet werden. Ueber den Werth dieser Untersuchungsmethode gehen die Ansichten auseinander. Gegen die hohe Bedeutung derselben hat sich besonders Ziem[2]) ausgesprochen, dessen a priori gemachte Einwendungen sich insofern bewährt haben, dass von mehreren Seiten Fälle mitgetheilt worden sind, in welchen trotz vorhandenen Eiters im Antrum die entsprechende Wange gut durchleuchtet werden konnte.

Aus dieser Thatsache geht hervor, dass die Durchleuchtung der Wange eine absolut sichere Entscheidung für die Diagnose des Highmorempyems nicht bildet; allein damit ist dieselbe als werthvolles diagnostisches Hilfsmittel noch nicht verurtheilt. Auch Ziem stellt nicht in Abrede, dass mittels dieser Methode, im Verein mit anderen Symptomen, die positive Diagnose einer Antrumeiterung in einer Reihe von Fällen mit Bestimmtheit zu machen sei.

Nun hat im vergangenen Jahre Davidsohn[3]) der Frage eine andere Wendung gegeben, indem er nicht der Durchleuchtung der Wange, sondern der Durchleuchtung des Auges die hauptsächliche Bedeutung als diagnostisches Mittel zuerkennt. Man sieht nämlich bei der Durch-

[2]) C. Ziem. Berl. klin. Woch. No. 36, 1890, No. 24, 1891.
[3]) H. Davidsohn. Berl. klin. Wochschr. No. 27 und 28, 1892

Digitized by Google

leuchtung vom Munde aus nicht nur die Wangen und die unteren Augenlider, sondern oft auch die Pupillen roth aufleuchten. Dies hält Davidsohn für ein sicheres Zeichen, dass sich kein Eiter im Antrum befindet. Die Lichtstrahlen können nach Davidsohn den Weg vom Munde zum Auge nur durch den Boden der Highmorshöhle nehmen. Auch die geringste, an dieser Stelle sich befindende Eiterschicht müsse den Durchtritt der Lichtstrahlen verhindern und die Pupille bleibe dunkel. Da nun eine geringe Quantität Eiter sich immer auf den Boden der Kieferhöhle senken muss, so werde die Verdunklung des betreffenden Auges in keinem Fall von Empyem fehlen.

Dahingegen sei die Erleuchtung der Wange, auch bei Anwesenheit von Eiter im Antrum, unter Umständen noch möglich, und zwar durch die Strahlen, die vom Munde durch den Nasenboden in die Nase dringen und von da durch das Antrum nach der Wange hin reflectirt werden.

Die Durchleuchtung des Auges habe also einen weit grösseren diagnostischen Werth als die Durchleuchtung der Wange.

Wenn man die anatomische Begründung dieser Auseinandersetzung im Allgemeinen als richtig anerkennt, so muss man dennoch Ziem[4]) zugeben, dass es Köpfe geben kann, an welchen sich auch das Auge, ohne Vermittlung des Antrums, also von der Nase aus, durchleuchten lässt. Bei solchen Individuen würde also, trotz eventueller Anwesenheit von Eiter im Antrum, bei der Durchleuchtung vom Munde aus die Pupille roth erscheinen können. Allein da aus Ziem's Aufsatz ersichtlich ist, dass für das Zustandekommen dieses Phänomens eine sehr abnorme Gestaltung der betreffenden Theile nothwendig ist, so hat er ja nur bewiesen, dass Davidsohn in der Verallgemeinerung seiner Beobachtungsresultate zu weit gegangen ist, und dass die Durchleuchtung des Auges zwar kein sicheres Zeichen, aber dennoch ein Zeichen ist, welches mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Abwesenheit von Eiter im Antrum schliessen lässt.

Zwar haben Herzfeld[5]), Rosenberg[6]) u. A. Fälle gesehen, in welchen, obwohl Eiter im Antrum vorhanden war, die Pupille derselben Seite durchleuchtet wurde. Allein dies berechtigt zunächst nur zu dem Schluss, dass auch die Pupillendurchleuchtung ein absolut entscheidendes Zeichen nicht bildet. Es ist von vornherein selbstverständlich, dass eine minimale Eitermenge die Lichtstrahlen ruhig durchlässt. Da indessen die Verdunklung nicht blos durch Eiter, sondern auch durch Schleimhautschwellung und namentlich durch reichliche Granulationen veranlasst werden kann, und man dieselben eben bei den schleichenden chronischen Formen mit geringer Secretion sehr oft findet, so glaube ich, die Fälle der genannten Autoren als grosse Seltenheiten ansehen zu dürfen. In den 5 Fällen von Empyema, welche ich in dieser Richtung untersucht habe, fand auch bei stärkster Lichtintensität eine Durchleuchtung des betreffenden Auges niemals statt.

Meiner Ueberzeugung nach hat also Davidsohn den Kern der Sache

---

[4]) C. Ziem. Petersb. med. Wochschr. No. 6, 1893 oder Revue internat. de Rhinologie etc. No. 1, 1893.

[5]) J. Herzfeld. Vortrag in der Berliner lar. Gesellsch., Sitz. 10. März 1893.

[6]) A. Rosenberg. Discussion in der Berl. lar. Gesellsch., Sitz. 21. April 1893.

Digitized by Google

getroffen und ist fortan bei dieser Untersuchung auf die Durchleuchtung des Auges das Hauptgewicht zu legen.

Dies zugegeben, hege ich gegen den Werth dieses Davidsohn'schen Diagnosticums ein andres, practisches Bedenken, dieses nämlich, dass es nur bei einem Theil der untersuchten normalen Individuen gelingt, die Aufleuchtung der Pupillen zu produciren. Ich habe eine grosse Reihe von Gesunden und Kranken durchleuchtet und nur in der Hälfte der Fälle die rothe Färbung der Pupillen wahrnehmen können. Was ich aber bei keinem normalen Menschen vermisst habe, das war die positive Angabe einer subjectiven Lichtempfindung jedesmal wenn ich im Munde das Lämpchen erglühen liess. Wenn ich selbst die kleine Lampe von 7 Volt in den Mund nehme, so empfange ich stets, wenn ich die Stromkette schliesse, einen deutlichen rothen Lichteindruck in der oberen Sphäre beider Gesichtsfelder, der Erleuchtung des unteren Theiles beider Retinae entsprechend. Ich erkundige mich bei der Untersuchung von Anderen immer genau danach, was der Patient selbst beobachtet, und hüte mich, die subjective Lichtempfindung hinein zu examiniren. Auch lasse ich immer ein paar Mal während des Erglühens der Lampe die Augen schliessen, damit nicht etwa die Erleuchtung der Wange an der subjectiven Lichtempfindung Antheil habe.

Wie gesagt, fehlte bei Gesunden diese Empfindung nie; stets wurde sie an beiden Seiten wahrgenommen. Dahingegen gaben die Empyemkranken ausnahmslos an, dass sie einen rothen Schein nur im Auge der nicht afficirten Seite beobachteten. Bei zweien blos konnte ich die erleuchtete Pupille — an der gesunden Seite — sehen.

Die Frage, weshalb die Erleuchtung der Pupillen nicht bei jedem normalen Menschen gelingt, ist nicht mit einem Worte zu lösen. Zweifelsohne sieht man bei sorgfältiger Ausführung der Methode oft die erleuchteten Pupillen, wenn dies bei Vernachlässigung von Nebenumständen nicht gelingt. A priori kommt der Glühkraft der Lampe eine wesentliche Bedeutung zu. Das Zimmer muss vollständig dunkel sein, es darf sich nicht die schwächste Lichtquelle in demselben befinden. Oft ist es vortheilhaft, die hellerleuchteten Wangen mit einem Schirm, z. B. mit der Hand zu maskiren, damit das stärkere Licht das schwächere der Pupillen nicht verdecke. Namentlich aber versäume man nicht, von verschiedenen Richtungen her in das Auge zu schauen, besonders von oben aus, da ja der untere Theil des Auges zuerst und am intensivsten erleuchtet wird. Bisweilen, wenn ich vor dem Patienten sass, konnte ich anfangs die Pupillen nicht sehen, während dies einem andern Untersucher, der hinter mir stand, sofort gelang. Wie gesagt, bleiben aber ungefähr in der Hälfte der Fälle die Pupillen dunkel. Da die Patienten selbst vom Glühen der Lampe immer einen deutlichen optischen Eindruck erhalten, muss immer ein geringer Theil der Lichtstrahlen den Bulbus erreichen. Für eine subjective Lichtempfindung genügt bereits eine äusserst schwache Erleuchtung der Retina.

Nun wird also bei vielen Personen das Licht auf dem Wege vom Mund nach dem Bulbus derart abgeschwächt, dass der Untersucher eine Erleuchtung dieses Organs nicht beobachtet. Nicht unwahrscheinlich ist es, dass hier, wie Davidsohn, hervorhebt, besondere Richtungsverhältnisse der zu durchleuchtenden Schichten eine Rolle spielen. Namentlich

Digitized by Google

glaubt Davidsohn dass eine abnorm starke Wölbung des Gaumens unvortheilhaft sei. Weiter kommt die Dicke und vielleicht auch die Structur der verschiedenen Gewebsschichten in Betracht. Dass eine erhebliche Schleimhautschwellung ein Hinderniss für die Lichtstrahlen sein kann, ist nicht zweifelhaft. Auf diese Weise erklärt sich das von mir beobachtete Dunkelbleiben von Auge und Wange unmittelbar nach einer gründlichen Durchspülung der Höhle[7]).

Gracile, fettarme Leute mit feinem Knochenbau werden im Allgemeinen am besten durchleuchtet. Bei zwei solchen Individuen blieben aber die Pupillen dunkel; es waren dies zwei sehr stark pigmentirte schwarzhaarige Personen. Unwahrscheinlich ist es mir nicht, dass der Pigmentschichte der Chorioidea der Hauptantheil der individuellen Durchleuchtungsunterschiede zukommt. Allerdings wird die Pigmentirung im Allgemeinen wohl eine symmetrische sein und behalten also die Durchleuchtungsunterschiede der rechten und der linken Seite ihren diagnostischen Werth. Wie gesagt, bildete bei keinem der von mir Untersuchten das Chorioidealpigment ein absolutes Hinderniss gegen die vom Antrum einfallenden Lichtstrahlen. Es würde mich freuen, wenn die gleiche Erfahrung von Anderen gemacht würde.

Es folgen jetzt zwei ganz kurze einschlägige Krankengeschichten.

Frau T. P. erkrankte 8 September d. J. an heftiger Nasenentzündung, welche mit Schmerzen in beiden Oberkiefern und um die Augen herum und Fieber einherging. Es stellte sich eine purulente Secretion der Nase ein; namentlich am Morgen entleerte sich aus beiden Nasenlöchern sehr viel Eiter. Eine gute Woche später traten Schmerzen in und hinter dem rechten Ohre auf, und wurde mir Pat. von ihrem Arzt zugeschickt. Ich fand am 18. September geringe Schwellung und grosse Druckempfindlichkeit auf dem rechten Warzenfortsatz, Injection des Trommelfells ohne Exsudat in der Paukenhöhle; in der Nase: allgemeine Schleimhautschwellung, und Eiter in beiden unteren und mittleren Nasengängen. Bei der Durchleuchtung blieben beide Wangen ziemlich dunkel, ebenso die Pupillen; die Gegend der Nasenwurzel wurde gut durchleuchtet. Keine subjective Lichtempfindung. Ich diagnosticirte Empyem beider Highmorshöhlen, vielleicht auch noch anderer Nebenhöhlen der Nase und ordinirte vielmals wiederholte Eingiessungen von Salzwasser durch die Nase, während ich gegen die beginnende Entzündung im Warzenfortsatz antiphlogistisch und ableitend vorging. Der Verlauf war ein überraschend günstiger. Am 21. September waren die Erscheinungen von Seiten des Ohres nicht unerheblich vermindert; der Eiterausfluss aus der Nase hatte etwas abgenommen. Am 22. war des Morgens sehr viel Eiter herausgekommen, überwiegend aus dem rechten Nasenloch. Die Schmerzen hinter dem Ohre hatten nachgelassen. Ich fand im rechten mittleren Nasengang Eiter, welcher sich nach dem Abtupfen immer erneuerte, in der linken Nasenhälfte kein Secret. Bei der Durchleuchtung blieb die rechte Gesichtshälfte dunkel; die linke Wange zeigte sich jetzt roth; die Pupille noch dunkel; keine subjective Lichtempfindung. Am Abend des

[7]) Wenn ich mir die Lampe in der Hohlhand erglühen lasse, so wird Alles, Knochen, Muskeln, Gelenke durchleuchtet. Nur die grossen Venen auf dem Handrücken erscheinen schwarz auf rothem Grunde.

Digitized by Google

23. fühlte Pat. sich ausserordentlich wohl. Es war am Morgen gar kein Secret aus der Nase gekommen. Jetzt konnten beide Wangen hellroth durchleuchtet werden; die Pupillen blieben dunkel. Die Pat. gab jetzt an, dass sie einen intensiven rothen Lichteindruck in beiden Augen beobachte. Bei den früheren Untersuchungen habe sie meine diesbezüglichen Fragen nicht verstanden, jetzt um so besser; sie könne nun mit Bestimmtheit sagen, ein Licht wie jetzt damals nicht gesehen zu haben.

Es ist dies also ein Fall von acuter Eiterung in der Nase und in beiden Kieferhöhlen, welche ohne andere Therapie als vielfach wiederholte Wassereingiessungen in 14 Tagen genas, und wo bei der Durchleuchtung die Pupillen vor wie nach der Heilung dunkel blieben, während indessen nach eingetretener Heilung die Abwesenheit von Eiter in den Kieferhöhlen sich durch einen beiderseitigen subjectiven Lichteindruck kundgab.

Von der andern complicirten Krankengeschichte theile ich hier nur die für unser Thema wichtigen Details mit. Es handelt sich um ein sehr chronisches schmerzhaftes Leiden, das in der rechten Gesichtshälfte localisirt war und bereits zu mehreren Zahnextractionen Veranlassung gegeben hatte. Aus der Nase wurde niemals Eiter entleert; es lief Patentin aber fortwährend stinkender Eiter in den Mund, wahrscheinlich aus einer feinen Fistelöffnung im Zahnfleisch des rechten Oberkiefers. Ein Zusammenhang der Fistel mit der Kieferhöhle war zwar wahrscheinlich, konnte aber nicht nachgewiesen werden. Bei der Durchleuchtung zeigten sich beide Wangen hellroth, die linke intensiver wie die rechte; die linke Pupille war ebenfalls als eine rothe Scheibe zu sehen, die rechte unsichtbar. Pat. erhielt einen deutlichen subjectiven optischen Eindruck nur auf der linken Seite. Dieser Durchleuchtungsbefund war für meine Diagnose entscheidend. Zwar ging aus der positiven Durchleuchtung der rechten Wange hervor, dass jedenfalls das Antrum nicht ganz mit Eiter ausgefüllt sein konnte; ich vermuthete aber ein kleines Quantum Eiter auf dem Boden der Höhle. Nach Anbohrung durch den unteren Nasengang mit dem Jurasz'schen Instrument lief bei der Durchspülung anfangs kein Eiter durch den doppelläufigen Catheter ab; am nächsten Tag aber wie auch später wurde in dem Spülwasser nie Eiter vermisst.

In diesem Falle von chronischer Eiterung der rechten Kieferhöhle wurde also die betreffende Wange ziemlich gut durchleuchtet, das Auge aber nicht. Hieraus war auf die Anwesenheit einer geringen Eitermenge in der Höhle zu schliessen. Dass bei der ersten Durchspülung kein Eiter zu Tage gefördert wurde, lässt sich daraus erklären, dass wahrscheinlich nur eine wenig flüssige Eiterschicht der unteren Wand der Höhle anhaftete. Später aber, als regelmässige Durchspülungen gemacht wurden, befand sich auch immer Eiter im Spülwasser.

Dieser Fall ist zugleich ein gutes Beispiel dafür, dass auch die hochgerühmte Probedurchspülung den absoluten Beweis, dass sich in einer Kieferhöhle kein Eiter befindet, nicht erbringen kann. Ich habe oft beobachtet, dass bei Durchspülungen durch enge Röhren relativ beträchtliche Eitermengen im Antrum liegen bleiben können, sogar wenn eine gute Gegenöffnung besteht.

In letzterer Zeit ist heftig darüber gestritten worden, welcher Me-

Digitized by Google

thode der Durchleuchtung oder der Probedurchspülung die Superiorität als diagnostisches Mittel für Kieferhöhleneiterung gebühre. Es ist dies meiner Ansicht nach ein müssiger Streit. Anstatt eine Methode zu verdammen, weil eine andere uns gute Dienste geleistet, sollte man sich über den Besitz von beiden erfreuen. Weder die eine noch die andere ist für alle Fälle und in jedem Augenblick absolut entscheidend. Da aber die Durchspülung ein operatives Vorgehen voraussetzt, darf man sich nach meiner Auffassung zu derselben nur dann entschliessen, wenn die Anwesenheit von Eiter im Antrum mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit zu vermuthen ist. Die Durchleuchtung dagegen ist ein vollkommen unschuldiges Verfahren, welches die Patienten in keiner Weise belästigt. Ich hoffe, dass dasselbe zum Wohl der Kranken allseitige, regelmässige Anwendung finden möge.

Resumirend betrachte ich die Durchleuchtung als eine werthvolle diagnostische Untersuchungsmethode. Der Davidsohn'schen Auffassung, dass bei der Durchleuchtung das Hauptgewicht dem Bulbus zukommt, trete ich vollständig bei. Die Zeichen der Durchleuchtung des Bulbus sind die rothe Aufleuchtung der Pupille und die subjective Lichtempfindung. Während erstere, wo vorhanden, die Vortheile eines subjectiven Symptoms besitzt, ist die zweite eine bei normalen Menschen regelmässig zu beobachtende Erscheinung, und deshalb practisch von grösserer Bedeutung.

Ueber einen Fall von primärem hysterischen Krampf der Glottiserweiterer (Spasmus hystericus praecipue exspiratorius dilatorium rimae glottidis).

Von

Dr. **L. Przedborski,**

Spitalarzt am Lodz'er israelitischen Krankenhause.

Wir finden wohl kaum ein zweites Gebiet in der Laryngologie, auf welchem bis heut zu Tage noch so viel Räthselhaftes und Unerklärbares herrscht, wie in dem Capitel über die nervösen Störungen des Kehlkopfes, trotzdem sich in der allerneuesten Zeit, wie Schrötter richtig sagt, in dieser Richtung eine sehr günstige Wendung geltend macht. Durch einzelne in der letzten Zeit gewonnene Errungenschaften, sagt Schrötter, haben sich unsere Kenntnisse nicht nur erweitert, sondern es sind auch von Seiten der Laryngologen wichtige Beiträge zur Kenntniss der Functionen des Nervensystems geliefert worden. Auf diesem so eifrig bearbeiteten streitigen Felde sind es vorwiegend die Motilitätsstörungen, und zwar die sogenannten Hyperkinesen, welche das Lieblingsthema vieler begabter Forscher bilden. Ich brauche hier nur die Namen von Riegel, Gerhardt, Felix Semon, Onodi, Jelenffy, Krause, Rosenbach, Landgraf, Jurasz, Burger, H. Luc, denen sich noch viele andere anreihen, zu erwähnen.

Digitized by Google

Wie bekannt, beobachten wir am häufigsten primäre Krämpfe und Contractionen in den Glottisschliessern oder Adductoren; über primären Krampf der Glottiserweiterer oder Abductoren liegt bis heut zu Tage ein vereinzelter Fall von Pitt vor. Pitt beobachtete nämlich während des Krampfanfalles bei Hydrophobie, dass die Glottis durch mehrere Secunden weit offen blieb. Diese Beobachtung steht bis jetzt vereinzelt da, da von allen anderen Autoren angenommen wird, dass es sich bei Lyssa um Krampf der Schliesser handle. So konnte auch Schrötter[1]) in zwei Fällen von Hundswuth mit aller Bestimmtheit constatiren, dass es sich um Adductorenkrampf handle.

Wir sehen daraus, dass der primäre Abductorenkrampf eine sehr seltene Erscheinung bildet, doch kann es nicht geleugnet werden, dass derselbe sich manchmal auslösen kann, und bildet unser Fall, welchen ich über 5/4 Jahre zu beobachten im Stande war, in dieser Richtung ein recht instructives Beispiel.

Der Fall, dessen Beschreibung hier folgt, ist noch nicht abgeschlossen. Bis zum heutigen Tage ist es mir nur gelungen, temporäre Besserung zu verschaffen; da Patientin jedoch eine, wie mir scheint, primäre Affection der Glottiserweiterer darbietet und in vielen Richtungen sehr markante Abweichungen von den allgemein festgestellten Thatsachen vorzeigt, schien mir ein ausführlicher Bericht über denselben schon jetzt angezeigt zu sein.

Fräulein Sz. aus Petrikau suchte im Mai 1892 bei mir Hilfe gegen ihr Halsleiden. Gegen dasselbe wurden schon verschiedene Mittel in Anwendung gebracht, doch erwiesen sie sich sämmtlich, wie auch der faradische Strom, vollständig erfolglos. Dr. Hirschberg, unter dessen ärztlicher Pflege Patientin seit einigen Monaten stand, vermuthete in diesem Falle eine hysterische Kehlkopfaffection, und da gleichzeitig Erscheinungen von verhinderter Nasenathmung vorlagen, so ersuchte mich College H., eine galvanocaustische Aetzung der Nase zur Beseitigung der nach seiner Meinung bestehenden Reflexneurose vornehmen zu wollen. Pat. ist 19 Jahre alt, mittlerer Statur, vortrefflich entwickelt. Knochenbau, Muskelsystem und Haut bieten nichts Abnormes. Allgemeiner Ernährungszustand sehr befriedigend, innere Organe (Herz, Lunge etc.) gesund. Patientin stammt aus einer gesunden Familie; der mir persönlich bekannte Vater der Pat. erfreut sich eines vortrefflichen Gesundheitszustandes, dagegen soll die Mutter nach Angabe der Patientin eine sehr nervöse Person sein. Pat. hat in ihrer Jugend eine Pneumonie, 3 Mal den Unterleibstyphus und ein Mal den Flecktyphus durchgemacht, ausserdem litt sie lange Zeit an Paratyphlitis und soll als junges Kind nach einem Sturze durch lange Zeit gehustet und Blut gespuckt haben. Pat. menstruirte zum ersten Male im 13. Lebensjahre und ging dieselbe regelmässig vor sich bis zum 16. Jahre. Zu dieser Zeit trat, wie Patientin angiebt, nach einem Schreckanfall eine Pause ein, die 5 Monate anhielt. Seit 2 Jahren leidet Pat. an Fluor albus, der sich besonders während jeder Menstruation steigert, wobei gleichzeitig Schmerzen sich einstellen, die Pat. 2 — 3 Tage im Bette zu verbleiben zwingen. Seit 1893 wird

[1]) Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre etc., Seite 385.

Digitized by Google

Pat. häufig von intensiver Dysurie heimgesucht, wobei der Harn einen reichen Harnstoffgehalt aufzeigt. Subjectiv klagt Pat. über allgemeine Schwäche, Appetitmangel, gewaltige Störungen im Athmungsprocesse, welche ihr den Schlaf rauben, und anhaltendes Druckgefühl im Halse. Die erwähnten Respirationsstörungen, welche ich noch eingehender besprechen werde, dauern schon 2—3 Monate und wurden durch einige Frostanfälle eingeleitet.

Die specielle Untersuchung zeigte Folgendes: Beide unteren, besonders aber die mittleren Nasenmuscheln kolbenartig verdickt, von einem intensiv rothen Schleimhautüberzuge bedeckt, lagen sehr nah der Scheidewand an, die Schleimhaut des Nasenrachenraumes, der Pars oralis, des Schlundkopfes gleichmässig roth gefärbt, im Kehlkopfe eine diffuse Röthung der Mucosa, eine leichte Verdickung des Epithels im interarytänoidalen Raume, beide wahren und falschen Stimmbänder unverändert; kurz gefasst, es lagen Erscheinungen von Rhinitis hypertrophica, Pharyngitis und Laryngitis catarrh. chron. vor. Die Untersuchung der inneren Organe lieferte einen vollständig normalen Befund, doch rief jeder Druck an beide Ovarialgegenden einen lebhaften, anhaltenden Schmerz hervor, und wurde während der Exploration der Geschlechtsorgane eine Anteflexio uteri gefunden.

Schon während des ersten Besuches wurde die geräuschvolle, stürmische Respiration der Patientin auffällig. Dieselbe bildete eine ununterbrochene Reihe stossweise sich auslösender exspiratorischer Athemzüge, die sehr an das Entweichen des Dampfes aus einer Locomotive erinnerten. Dabei sah man während der Exspiration eine Hervorwölbung am Jugulum sterni, Emporsteigen des Kehlkopfes, Hervortreiben des Unterleibes, wahrscheinlich verursacht durch die angeregte Wirkung der Exspirationsmuskeln. Cyanose fehlte, dagegen trug das Gesicht ein Gepräge von Mattigkeit, in welcher die ungestörte Freiheit, welche Pat. während des vehementesten Anfalles über ihre klangvolle, unveränderte Stimme entfalten konnte, merkwürdig berührte. Während der ersten laryngoscopischen Untersuchung konnte man leicht Folgendes wahrnehmen: Ein vollständiges Klaffen der Rima glottidis, wobei beide wahren Stimmbänder wie während der ruhigen Respiration an den Seitenwänden des Kehlkopfes lagen; aus dieser Stellung konnten dieselben, trotz der mühevollsten Anstrengungen der Pat. während des Athmens, nicht gebracht werden. Zwang ich aber Pat., zu phoniren, so entstand leicht ein vollständiger Schluss der Glottisspalte und ging die Phonation unverhindert vor sich. Nach vollendetem Phonationsacte kehrten die Stimmbänder in ihre soeben angegebene Lage zurück und verharrten in derselben während des ganzen Respirationsactes. Diesen laryngoscopischen Befund hatte ich Gelegenheit, sehr häufig zu controliren, denn ausser einer in Wien verbrachten kurzen Zeit verblieb Pat. fast 15 Monate in meiner Behandlung. Das letzte Mal stellte sich Fräulein S. am 10. Juli 1893 bei mir vor. Pat. kam während dieser Zeit regelmässig jede 4. bis 6. Woche aus Petrikau nach Lodz, brachte bei mir 6 — 7 Tage zu und verliess immer Lodz in einem bedeutend verbesserten Zustande. Eine vollständige Genesung vermag ich nicht zu erreichen, doch gelang es mir, durch endolaryngeale Faradisation immer grössere Intervalle zu erzielen, während welcher Fräulein S. fast vollständig von ihren stürmischen Krampf-

Digitized by Google

anfällen verschont wurde. Der letzte Zeitraum, im Verlaufe dessen Pat. vollständig von ihren Krampfanfällen befreit zu sein schien, dauerte vom 20. Mai bis zum 4. Juli 93, also 45 Tage.

Die in Rede stehenden Krampfanfälle lösten sich gewöhnlich bei jeder lebhaften Gemüthsbewegung, bei gesteigertem Nervenreize oder körperlicher Anstrengung sehr leicht aus. So wurde Pat. das letzte Mal auf's Neue von ihrem alten Leiden nach einer Zahnevulsion befallen. Vollständigkeitshalber muss ich noch bemerken, dass schon einige Zeit vor dem Ausbruche der Krampfanfälle die Pat. sich unbehaglich fühlte und an leichtem Athemmangel litt.

Im Schlafe cessirten die in Rede stehenden Störungen vollständig.

Schon früher wurde erwähnt, dass die geschilderten Respirationsstörungen, welche jeder Kur trotzten, ein sehr günstiges Verhalten gegen den electrischen Strom stabil nachwiesen. Wie nach einem Zauberschlage schwanden die intensivsten Anfälle schon nach einer kurzen Anwendung der endolaryngealen Faradisation. Es genügten meistens 8 bis 10 Muskelcontractionen, durch die Kehlkopfelectrode hervorgerufen, um die geräuschvolle Respiration zum Stillstand zu bringen.

Um mehr Klarheit über die dunkle Natur des vorstehenden Leidens zu erreichen, bemühte ich mich eifrig, den eingeleiteten Ruhezustand gehörig auszunutzen. Nach jeder vollendeten Faradisation gestaltete sich das laryngoscopische Bild folgendermaassen: Die Glottisspalte blieb noch immer während der Respiration klaffend, doch bildeten beide Stimmbänder ein schmäleres Dreieck, dieselben lagen ca. 3 bis 3,5 Mmtr. ausserhalb der medianen Stellung, nahmen also einen unbedeutend grösseren Raum ein, wie die sogenannte Kadaverposition, welche eine Mittelstellung zwischen der Medianposition und derjenigen der ruhigen Athmung bildet, und liegt 2 bis 2,5 Mmtr. ausserhalb der Medianstellung. In dieser Position verblieben die Stimmbänder während der Respiration und konnten nur bei forcirter Athmung leichte fibrilläre Zuckungen an den freien Kanten der Stimmbänder wahrgenommen werden; bei der Phonation entstand ein normaler Verschluss der Glottisspalte. Diesen Befund constatirte ich gewöhnlich durch 7 — 8 Tage, während welcher Pat. unter meiner Aufsicht verblieb. Ob das angegebene Kehlkopfbild nach Rückkehr in die Heimath noch andere Phasen und Umwandlungen durchmacht, darüber kann ich nicht positiv urtheilen. Da die Pat. aber behauptet, sich in der Zeit von einer bis zur zweiten Reise nach Lodz vollständig frei von Respirationsstörungen zu fühlen, so wäre die Annahme nicht ausgeschlossen, dass die krankhafte Affection der Glottisöffner resp. der M. crico-arytaenoid. post. sich gänzlich ausgleicht, um bei neuen Reizen auf's Neue in die Erscheinung zu treten. Dieser während und nach Abschwächung der Krampfanfälle constatirte laryngoscopische Befund, welchen ich 60—70 Mal zu controliren im Stande war, zeigt, dass es sich in unserem Falle um Motilitätsstörungen handelt, die ausschliesslich die Glottiserweiterer, also die Musculi crico-arytaenoidei postici in Anspruch nehmen, wobei der krankhafte Zustand derselben am eclatantesten während des Exspiriums sich geltend macht.

Aus der Anamnese wissen wir, dass es sich um eine hereditär nervös

Digitized by Google

belastete Kranke handelt, die ausgesprochene Erscheinungen von Hysterie[2]) darbietet. Ich glaube also, dass wir es in unserem Falle mit einem hysterischen, primären Krampf der Glottiserweiterer zu thun haben, also Spasmus hystericus praecipue exspiratorius musculorum crico-arytaenoid. posticorum.

Eine wichtige Stütze für Annahme dieser Diagnose glaube ich in der Aeusserung des Herrn Prof. Schrötter, der so freundlich war, auf meine Schilderung mir brieflich seine auf Erfahrung gegründete Meinung mitzutheilen, gefunden zu haben.

Prof. Schrötter, bei welchem Fräulein S. während ihres Aufenthaltes in Wien Hilfe gegen ihr Halsleiden suchte, spricht sich über diesen Fall wie folgt aus: „Es handelt sich bei einem hysterischen Mädchen um krampfhafte Contraction der M. crico-arytaenoid. post. im Exspirium, Fixation der Aryknorpel.“ Die Hervortreibung des Unterleibes im Exspirium, welche ich geneigt war, als Contraction des Diaphragma zu betrachten, schreibt Prof. Schrötter der Wirkung der exspiratorischen Muskeln zu. „Selbstverständlich,“ schliesst Prof. Schrötter, „fehlt bis jetzt jede annehmbare Erklärung, warum solche perverse Vorgänge eingeleitet werden.“ Wie wir sehen, glaubt auch Professor Schrötter bei unserer Pat. es mit krankhaften Störungen in den M. crico-arytaen. postici zu thun zu haben, doch bleibt in dieser Aeusserung eine wichtige Frage nicht genügend beleuchtet. Hängt vielleicht der Glottiserweitererkrampf von der Fixation der Aryknorpel während der Respiration ab und wäre somit die Contraction der Respiration der Crico-aryt. postici-Muskeln als secundäre Erscheinung zu betrachten? Ich glaube, dass diese beiden Erscheinungen, die ich immer gleichzeitig beobachtete, untrennbar von einander sind, doch scheint mir das continuirliche Klaffen der Glottisspalte während des Athmungsprocesses, die Verschmälerung derselben nach jeder endolaryngealen Electrisation für die Annahme zu sprechen, dass die Fixation der Aryknorpel als Folgezustand des sich während der Respiration auslösenden Krampfes der M. crico-arytaen. post. zu betrachten ist. Auf diese Weise könnten wir uns leicht die ungewöhnliche perverse Stellung der Aryknorpel während der Respiration, besonders aber im Exspirium erklären.

Betrachten wir unseren Fall etwas eingehender und suchen wir denselben auf Grund der in den letzten Zeiten bekannt gewordenen Forschungen zu erklären, so stellt sich seine divergirende Lage in der reichen Casuistik der Motilitätsstörungen des Kehlkopfes in doppelter Richtung dar. Der Fall bietet diagnostisch und ätiologisch sehr ausgesprochene Abweichungen, welche etwas ausführlicher besprochen zu werden verdienen.

---

[2]) Für Hysterie sprechen in unserem Falle noch folgende Erscheinungen, die bei specieller Untersuchung durch Herrn Dr. Sajkiewicz in meiner Anwesenheit constatirt worden sind: Dolores sub scrobiculo cordis et in regione ovariorum, tremor hystericus. anaesthesia pharyngis et conjunctivarum, hyperaesthesia corneae. Eine kleine Empfindlichkeit der rechten Körperhälfte gegen tactile und schmerzerweckende Reize: hemihyperaesthesia dextra. — Die perimetrische Untersuchung zeigte beiderseits eine normale Weite des Sehfeldes.

Digitized by Google

I. Wie bekannt, gebührt der Hysterie eine sehr hervorragende Rolle beim Entstehen der mannigfaltigsten nervösen Kehlkopfaffectionen, doch haben wir es nach Riegel's[3]) allgemein angenommener Meinung im Verlaufe der Hysterie am häufigsten mit phonischen Stimmbandlähmungen zu thun, die Glottiserweiterer dagegen werden bei dieser Krankheit nur äusserst selten afficirt. Dieselbe Meinung wird auch von Semon[4]) in seiner berühmten Arbeit verfochten, indem er angiebt, dass bei allen functionellen (speciell hysterischen) Larynxparalysen eine grössere Neigung der Verengerer, ausschliesslich afficirt zu werden, constatirt sei. In unserer Beobachtung figurirt auch die Hysterie als Causa efficiens der sich abspielenden Kehlkopfstörungen, doch zeigt dieselbe ausschliesslich ihren Einfluss auf die Glottiserweiterer und ruft ausnahmsweise hyperkinetische, krampfartige Contractionen der M. crico-arytaen. post. hervor.

Aus der Literatur liegt uns kein einziger Fall vor, in welchem eine centrale oder periphere organische Affection der motorischen Larynxcentren oder -Nerven eine isolirte Lähmung der Stimmbandadductoren zur Folge gehabt hätte. Dagegen sind bei verschiedenen Affectionen des Halses und des Thorax als Zeichen des Mitergriffenseins der N. recurrentes Paralysen der Stimmbandadductoren constatirt worden.

Alle diese Fälle beweisen, wie Burger[5]) richtig bemerkt, nur einen Theil des Semon'schen Gesetzes, dass bei Affection der Recurrentes niemals die Adductoren, wohl aber der Abductor ausschliesslich gelähmt sein kann. Dass der Abductor zuerst gelähmt sein könne, d. h. dass eine schliessliche Recurrensparalyse unter dem Bilde einer Abductorlähmung auftreten könne, ist, wie Burger behauptet, noch nicht nachgewiesen.

Zwar hatte Semon, als er constatirte, dass die gleiche Schädlichkeit in einer Reihe von Fällen Lähmung des Abductors, in einer anderen Reihe Lähmung sämmtlicher vom Recurrens innervirten Muskeln verursachen kann, ein Recht zu vermuthen, dass die erstere Lähmung nur eine Vorstufe der letzteren darstelle; casuistisch beweiskräftig für diese Annahme war in seinen beiden Tabellen von 22 und 25 Fällen von Posticuslähmung nur ein einziger. Es handelte sich in diesem Falle um eine durch Aortenaneurysma bedingte linksseitige Posticusparalyse, die allmählig in totale Recurrensparalyse überging. Auch Rosenbach gab einen ähnlichen Fall an, in welchem ein hochsitzender Speiseröhrenkrebs ursprünglich beide Crico-arytaen. post. paralytisch afficirt und das Bild einer totalen Recurrenslähmung angenommen hatte.

Aehnliche Fälle sind auch von Percy Kidd, Martius, Duvening, Landgraf, Semon und Anderen beschrieben worden.

Wenn es also nicht geleugnet werden kann, dass in vielen Fällen die Recurrensparalyse unter dem Bilde von Posticuslähmung verläuft, so beobachtet man doch bedeutend häufiger, dass die Posticuslähmung in

---

[3]) F. Riegel: Ueber respiratorische Paralysen. (Volkmann's Sammlung No. 45, 1875.)

[4]) F. Semon, Archives of Laryngology Vol. II, Juli 1881, No 3, p. 203.

[5]) Hendrik Burger: Die Frage der Posticuslähmung. (Volkmann's Sammlung No. 57, 1892.)

Digitized by Google

complete Recurrenslähmung übergeht durch das Hinzutreten der Paralyse eines einzigen Adductors, und zwar des M. thyreo-arytaenoideus.

Sehr beweiskräftig für das Semon'sche Gesetz sind auch viele von Elsberg, Jonquière, Fränkel angegebene Fälle mit glücklichem Ausgang, in welchen sich die Adductoren früher erholten, als der Abductor.

Wie stellt sich nun unser Fall in der Beleuchtung der Semon'schen Lehre und wie verhält sich derselbe den angeführten Thatsachen gegenüber? Vielleicht bildet derselbe auch einen Theil des Semon'schen Gesetzes, in dem wir vermuthlich mit einer doppelten Recurrensaffection zu thun haben, die über 1 Jahr unter dem Bilde einer ausschliesslichen Posticusaffection sich abspielt. Wie verführerisch uns jedoch diese Anschauung auch anlocken möge, so passt sie dennoch nicht, als richtige Deutung unseres Falles zu gelten, und zwar aus folgenden zwei Ursachen: 1) unsere Beobachtung bietet keine Posticusparalyse, sondern Posticuskrampf dar und 2) nach No. 3 des Semon'schen Gesetzes hätten wir das Recht, zu erwarten — da es sich doch um eine functionelle, speciell hysterische Affection handelt —, dass wir eine Affection der Glottiserengerer constatiren würden; dagegen finden wir ausschliesslich Stöungen krampfhafter Natur in den Glottiserweiterern.

Wenn ich nun auch nicht im Stande bin, klares Licht auf unsere Beobachtung zu werfen und mich vollständig der Meinung meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Prof. Schrötter, anschliesse, dass bis heut zu Tage jede annehmbare Erklärung fehle, weshalb derartige perverse Störungen im Kehlkopfe vorkommen, so halte ich es doch für berechtigt, denselben Rechnung zu tragen. Ich halte meine Beobachtung noch nicht für abgeschlossen und werde hoffentlich noch oft Gelegenheit haben, die geschilderten Kehlkopferscheinungen zu beobachten. Ob die erwähnte Contraction der Crico-arytaen. post. während der Respiration auch in Zukunft unverändert bleiben oder eine Umwandlung in Posticus- oder sogar Recurrenslähmung erleiden wird, darüber werde ich mich bemühen, noch ausführlich zu berichten.

II. Wie wir aus Riegel's Monographie wissen, führt derselbe für das Entstehen der Posticusaffection folgende causale Momente an: 1) Catarrhe, 2) Leistungsstörungen im Bereiche des N. recurrentes oder vagi, insbesondere Mediastinaltumoren, Aortenaneurysmen, Pericardialexsudate, Affectionen der rechten Lungenspitze, 3) centrale Nervenkrankheiten, z. B. progressive Bulbärparalyse, 4) Infectionskrankheiten, z. B. Diphtherie, Erysipel, acute Exantheme, 5) Hysterie.

Wie uns die Anamnese belehrt, finden wir bei unserer Pat. einige von den erwähnten ätiologischen Factoren: 1) eine primäre myopathische Entstehungsweise der Posticusaffection, welche Mackenzie[6]) als eine sehr gewöhnliche betrachtet, ist nach allgemein anerkannter Meinung eine sehr seltene Erscheinung. Ich glaube also, dass wir den chronischen Kehlkopfcatarrh als Causa efficiens der in unserem Falle beschriebenen Kehlkopfstörungen zu betrachten keinen Grund haben.

2) Leitungsstörungen im Bereiche der Nerv. recurrentes oder vagi

[6]) M. Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch von F. Semon. Vol. 1, 1880.

Digitized by Google

(siehe oben) fehlten in unserem Falle vollständig. Die häufig vorgenommene Lungenuntersuchung hat nichts Abnormes ergeben und auch die Sputumanalyse zeigte ein beständiges Fehlen von Tuberkelbacillen. Wir können somit eine Affection der rechten Lungenspitze ausschliessen, um so mehr, als wir mit doppeltem Abductorenkrampf zu thun hatten.

3) Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer centralen Nervenkrankheit, z. B. progressiver Bulbärparalyse, fehlen vollständig.

4) Tragen vielleicht acute Exantheme Schuld für das Entstehen der Contraction der Crico-arytaen. post.-Muskeln in unserem Falle? Unsere Kranke hat doch mehrmals den Unterleibs- (3 Mal), ein Mal den Flecktyphus, ein Mal eine croupöse Pneumonie und ein Mal eine Paratyphlitis durchgemacht. Eine Annahme, dass dieselben materielle Veränderungen im Bereiche des Vagus- oder Accessoriuskerns hervorgerufen hätten, scheint mir höchst unwahrscheinlich; damals hatten wir es mit Kehlkopfstörungen zu thun, die seit der frühesten Jugend eingeleitet wurden, während unsere Patientin sich erst seit Frühjahr 1892 kehlkopfkrank fühlt. Plausibler wäre noch die Annahme, dass möglicher Weise die sich in unserem Falle abspielenden Phänomene durch latent verlaufende pathologische Processe im Bulbus, die erst in letzter Zeit den Ausbruch derselben hervorriefen, erzeugt werden.

5) Es bleibt also in unserem Falle die Hysterie als einzige Ursache für die bestehende functionelle Posticusaffection verantwortlich.

Um nun mit unserer Beobachtung zu schliessen, möchte ich noch einige Zeilen den in unserem Falle angegebenen Erscheinungen Seitens der Nase und der Genitalien widmen.

Wie bekannt, sind diese Organe häufig als Hauptherde betrachtet worden, die auf reflectorischem Wege in verschiedenen Organen mannigfaltige nervöse Störungen zu erzeugen im Stande sind.

Bevor ich bei Fräulein S. die Electrisation in Anwendung zog, habe ich mich bemüht, durch galvanocaustische Cauterisation der Schwellkörper beider mittleren Muscheln die Hypertrophie der Schleimhaut zum Schwinden zu bringen, doch erwies sich dieser Eingriff und die erzielte freie Nasenathmung ohne jeden Einfluss auf die bestehenden Kehlkopfstörungen. Eine bestehende, auf Nasenleiden basirende Reflexneurose können wir also positiv ausschliessen. Ob der erwähnten Anteflexio uteri eine gewisse Rolle für die Auslösung der Larynxphänomene in unserem Falle zuzuschreiben wäre und ob die gegen dieses Leiden gerichtete Therapie sich erfolgreich zeigen wird? Diese Frage muss ich unbeantwortet lassen, denn alle in solchen Fällen angezeigten Eingriffe, wie das beständige Tragen von Pessarien etc., mussten, da wir es mit einer Virgo intacta zu thun hatten, streng vermieden werden. Das Nämliche gilt auch für die in den letzten Jahren auftretenden Menstruationsanomalien, welche wahrscheinlich diesem Leiden ihr Entstehen verdanken und gegen deren Bekämpfung die Pat. alle vorgeschlagenen Versuche streng ablehnte.

Mir scheint, dass ein gewisser Zusammenhang zwischen diesen Anomalien und der Kehlkopfaffection in unserem Falle bestehe.

Traten doch die Larynxkrämpfe regelmässig alle 4—5 Wochen, also in jeder Vormenstruationsperiode auf; allerdings lösten sich dieselben auch bei jeder Gemüthsbewegung oder Nervenerschütterung sehr leicht aus, es wäre also gewissermaassen die Vermuthung nicht ausgeschlossen,

Digitized by Google

dass bei bestehender Hysterie die in Rede stehenden Menstruationsstörungen einen stabilen, periodisch auftretenden Reiz verschafften, welcher auf dem höchst nervösen Boden unserer Patientin einen günstigen Grund zur Erzeugung der uns beschäftigenden Kehlkopfphänomene vorfand. Pat. giebt auch positiv an, dass eine Verspätung im Auftreten der erwarteten Periode eine beständige Exacerbation der sich auslösenden Störungen zur Folge hat.

II. Referate.

a) Otologische:

Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres. Von Dr. B. Gomperz. (Archiv f. Ohrenheilknnde, Bd. XXX, XVII.)

G. bringt die anatomischen Befunde an den Gehörorganen zweier Patienten, welche er vor dem Tode zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Im ersten Falle handelte es sich um eine tuberculöse Erkrankung des Mittelohres, theilweise auch des Labyrinthes; das Trommelfell war zerstört, die Nischen des runden und ovalen Fensters zeigten sich überwuchert von Granulationsmassen, als Grund der intra vitam beobachteten completen Facialislähmung ergab sich ein Durchbruch dieser Granulationsmassen in den Canalis Fallopiae gerade über der Fenestra ovalis und eitrige Entzündung des N. facialis. Sacculus und utriculus waren stellenweise in eine dicke Schwarte vom Granulationsgewebe verwandelt, die knöchernen Bogengänge zeigten lebhafte Entzündung des Periostes, die häutigen Bogengänge waren von Rundzellen durchsetzt und enthielten in ihrem Lumen Eiter. An der Schnecke fand sich als auffallendste Veränderung eine in allen Windungen gleichmässige Depression der Membrana Reissneri, welche sich dem Corti'schen Organ so enge anschmiegte, dass der Ductus cochlearis nur mehr als feiner Spalt bestand. Gomperz bezieht diese Depression auf das ante mortem aufgetretene Hirnödem; der erhöhte intracranielle Druck hatte sich aus den subarachnoidalen Räumen durch den Hauptverbindungsweg, den Ductus perilymphaticus, in das perilymphatische Raumsystem hinein erstreckt.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Patientin der Klinik Nothnagel's mit der Diagnose: Tumor cerebri, welche Gomperz wegen hochgradiger rechtsseitiger Schwerhörigkeit untersuchte. Das Mittelohr zeigte nichts Abnormes, die auf den Scheitel rechts und links, ferner in der Medianlinie des Schädels aufgesetzte hohe Stimmgabel ward constant nach links, auf die gesunde Seite hinüber gehört, doch wurde die tönende Stimmgabel beim Aufsetzen auf den rechten Processus mastoideus besser gehört als vor dem Ohre.

Die zehn Wochen später vorgenommene Section ergab das Vorhandensein eines kleinhühnereigrossen Fibrosarcoms der Meningen des rechten Kleinhirnes, über dessen mediale Seite der Facialis und Acusticus enorm gespannt und verlängert, schon völlig grau, gespannt waren.

Durch die microscopische Untersuchung des Gehörorganes konnte eine Erkrankung des Schallleitungsapparates sicher ausgeschlossen werden.

Digitized by Google

Der Acusticus zeigte bis zum Eintritt in die Schnecke Atrophie der Markscheiden und Schwund der Axencylinder, dabei Wucherung des Bindegewebes im Nerven, einzelne spärliche Fasern zeigten sich noch erhalten.

Die Ganglienzellen des Nervus vestibularis fanden sich theils atrophisch, theils hyalin degenerirt.

Innerhalb der Schnecke fand sich an Nerven und Ganglienzellen nur geringe qualitative Atrophie; die Nerven in der Lamina spiralis ossea waren normal geblieben.

Durch den Vergleich des Sectionsergebnisses mit dem Untersuchungsresultate ante mortem ergiebt sich: 1) Die Richtigkeit des von Bezold aufgestellten Satzes, dass bei hochgradiger, nur einseitiger Affection der Rinne'sche Versuch negativ ausfallen könne, trotzdem der Schallleitungsapparat intact ist. 2) Ein neuer Beweis für die Verlässlichkeit des Weber'schen Versuches, welche in der letzten Zeit öfters — allerdings nicht auf Grund von Sectionsergebnissen — angezweifelt wurde.

Autoreferat.

Zur Morphologie der Ohrmuschel bei gesunden und geisteskranken Menschen und bei Delinquenten. Von Dr. G. Gradenigo. (Archiv für Ohrenheilkunde XXX, XIX.)

Die Arbeit bringt die Resultate eingehender Untersuchungen, welche an den Ohrmuscheln von 230 normalen Männern und ebenso viel normalen Frauen, von 402 geisteskranken Männern und 350 geisteskranken Frauen, von 222 Delinquenten, schliesslich von 17 männlichen, sowie 22 weiblichen Cretins angestellt wurden, wobei Gradenigo eine grosse Reihe von Anomalien berücksichtigte, die im Originale nachzusehen sind; die Ergebnisse seiner mühevollen Studien sind folgende: Formanomalien der Ohrmuschel kommen bei Geisteskranken und Delinquenten viel häufiger vor, als bei normalen Individuen, und sind bei ersterer Gruppe stets in viel ausgebildeterem Maasse zu constatiren, als bei letzteren. Die Abnormitäten sind gewöhnlich bilateral, zuweilen blos unilateral; in diesem letzteren Falle kommen sie bei beiden Geschlechtern häufiger an der rechten Seite vor, mit Ausnahme der abstehenden Ohren, welche bei Männern viel häufiger linksseitig sind.

Gomperz.

Ueber die Fossa jugularis und die Knochenlücken im Boden der Paukenhöhle. Von Dr. Otto Körner. (Archiv für Ohrenheilkunde XXX, XX.)

An 449 Schädeln fand Körner die Fossa jugularis beiderseits
gleich weit und gleich tief . . . 76 Mal,
rechts weiter und tiefer als links 264 „
links „ „ „ „ rechts 109 „ ;

je grösser und tiefer sie war, desto dünner fand sich fast immer ihre obere Wand. Lücken in dieser fanden sich 22 Mal rechts, 8 Mal links; ausserdem sah K. an 23 Schädeln in der Knochenwand zwischen Paukenhöhle und Fossa jugularis siebartige Durchlöcherungen — Gefässlöcher — 12 Mal rechts 7 Mal links, 4 Mal beiderseits.

Durchlaufen Gefässcanälchen in schiefer Richtung diese Knochenplatte, so können spaltförmige Dehiscenzen vorgetäuscht werden. Die

UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY Digitized by Google

Consequenzen für die Praxis sind aus diesen Thatsachen leicht zu ziehen: In der Paukenhöhle eingeschlossene Krankheitsproducte werden rechts leichter als links zur Phlebothrombose und Pyämie führen.

Gomperz.

Zur Ambosscaries und Ambossextraction. Von Dr. Ludewig. (Archiv für Ohrenheilkunde XXX, XXII.)

Der Autor hat sich der Mühe unterzogen, seine 32 Fälle, in denen er die Hammer-Ambossextraction vorgenommen hatte (Arch. f. Ohrenhlkde. Bd. XXIX, XV [1]), nach etwa Jahresfrist wieder zu controliren.

Es ergab sich dabei, dass 4 Mal ein Recidiv der Eiterung eintrat, während von den damals als ungeheilt, resp. noch in Behandlung befindlich notirten Fällen wiederum 4 inzwischen zur Ausheilung kamen. Was das Hörvermögen betrifft, so konnte constatirt werden:

eine Hörverbesserung .	16 Mal
„ Hörverschlechterung	3 „
keine Veränderung . .	9 „
uncontrollirt	4 Fälle.

Die günstigsten Resultate waren:

von: direct in's Ohr	— bis 0,5	Meter,
„ „ „	— bis 1,0	„
„ 80 Ctm.	— bis 5,0	„
„ 30 „	— bis 5,0	„ für Flüsterzahlen.

Diesen Daten folgen die Krankengeschichten weiterer 43 Fälle, bei denen Ludewig die Hammer-Ambossexcision ausführte; die vorläufigen Resultate derselben waren bezüglich der Eiterung:

geheilt	22 Mal
nicht geheilt . . .	5 „
noch in Behandlung	9 „
unbekannt . . .	5 „
Exitus	2 „
	43 Mal

bezüglich des Hörvermögens:

unverändert .	19 Mal
gebessert . .	17 „
verschlechtert	3 „
unbekannt .	2 „
Exitus . . .	2 „
	43 Mal.

Die Untersuchung der extrahirten Gehörknöchelchen ergab:

Hammer gesund,	Amboss	cariös	12 Mal
„ cariös	„	„	25 „
„ „	„	?	2 „
„ „	„	gesund	1 „
Extraction misslungen			3 „

In sämmtlichen 75 Fällen wurde der Amboss 64 Mal, (d. i. ca. 85 pCt.) cariös befunden.

Gomperz.

---

[1]) Ref. siehe Monatsschr. f. Ohrenhlkde., 1891, p. 247.

Digitized by Google

Ueber ein neues elektrisches Akumetermodell. Von Dr. G. Gradenigo. (Archiv für Ohrenheilkunde XXX, XXI.)

Eine erschöpfende Darlegung der Vortheile und Nachtheile elektrischer Akumeter; der Autor hat bei seinem Modelle sinnreiche Neuerungen geschaffen, welche manchen Uebelständen der bisherigen Apparate abhelfen.

Gomperz.

---

c) Rhinologische:

Fremdkörper in der Nase. (Corps étrangers du nez.) Von Dr. J. G. Shallcross. (Journal of Ophthalm., Otol. and Laryngol. und Revue de laryngologie No. 1, 1893.)

Ein 5jähriges Kind hatte einen Perlmutterknopf im linken Nasenloch; gewöhnliche Symptome des fötiden Nasencatarrhs und Kalkablagerungen. Ein 9jähriges Kind hat die gewöhnlichen Symptome eines Fremdkörpers im rechten Nasenloch; ein alter Papierpfropf wurde stückweise entfernt. Ein 3jähriges Kind zeigt ebenfalls die einseitigen, nie trügenden Symptome eines Fremdkörpers; es wird ein Stück Porzellan aus dem rechten Nasenloch entfernt.

Verf. knüpft seine Betrachtungen an diese drei Krankengeschichten; bei unbändigen Kindern soll man eine Prise starken Schnupftabak geben, um selbe zum starken Exspiriren zu zwingen; man kann auch in das gesunde Nasenloch die Politzer'sche Luftdouche einwirken lassen. Zurückstossen in den Pharynx soll nur in seltenen Fällen und unter der Controle des in den Pharynx eingeführten Zeigefingers der anderen Hand geschehen. Nasendouche ist gefährlich und unnütz (?); eine gezahnte Nasenzange ist noch das beste Instrument. Dr. P. K.

Drei scheinbar unabhängige Leiden, welche oft von einer Nasenstenose herrühren. (Trois affections en apparence indépendantes qui sont dues fréquemment à une sténose nasale.) Von Horace B. Ware. (Journal of Ophthalmol. and Laryngol. und Revue de laryngol. No. 1, 1893.)

Asthenopie, Asthma und Mandelhypertrophie stammen oft von einer Nasenverengerung her. Behandelt man das Nasenleiden mit schonender Nasenspray, Jodglycerin, Argentum nitricum, den indicirten Operationen, so heilen die ersteren Leiden. Dr. P. K.

Ein Fall von Asthenopie und Cephalalgie, von der Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel herrührend. (Cas d'asthénopie et de céphalalgie dues à l'hypertrophie du cornet moyen.) Von Dr. A. B. Kibbe. (Medical Record und Revue de laryngol. No. 1, 1893.)

Verf. erzählt einen verzweifelten Fall, welcher nach Entfernung der genannten Nasenmuschel schnell heilte; obgleich der Zusammenhang schwer zu erklären ist, muss man die relative Häufigkeit solcher Fälle dennoch anerkennen. Dr. P. K.

Digitized by Google
UNIV OF MINNESOTA LIBR

b) Pharyngo-laryngologische:

Gummöse Tuberculose der Zunge. (Tuberculose gommeuse de la langue.) Von Dr. Chauffart. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 24 Février 1893 und Revue internationale de rhinologie, d'otol. et de laryngologie No 9, 1893.)

Ein 48jähriger Mann hat ein Geschwür an dem vorderen Drittel der Zunge; daneben ein kleines Geschwür an der linken Lippencommissur mit Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel derselben Seite. Infiltration beider Lungenspitzen. Specifische Behandlung schadete; das Auskratzen der Geschwüre nebst microscopischer Untersuchung ergaben tuberculöses Aussehen der Grundflächen und den Koch'schen Bacillus. Verf. sucht die nicht sehr klare Differentialdiagnose zwischen tuberculösen und syphilitischen Zungengeschwüren zu geben; die Behandlung der ersteren ist in den meisten nur palliativ: Camphornaphthol und topische Analgesie. Dr. P. K.

Larynxlähmungen als frühzeitiges Symptom der Tabes dorsalis. (Des paralysies du larynx, envisagées comme symptome précoce du tabes.) Von Dr. Grabower. (Berliner Medicin. Gesellschaft, 26. April 1893 und Semaine médicale No. 29, 1893.)

Bei einem 41jähr. Patienten wurde Lähmung der Glottiserweiterer als erstes Symptom der Tabes dorsalis gefunden. Dr. P. K.

Die Nebenschilddrüsen beim Menschen. (Les glandes parathyroidiennes chez l'homme.) Von Dr. Chantemesse und Dr. Marie. (Société des hôpitaux de Paris, Séance du 17 Mars 1893 und Revue internationale de rhinol., d'otol. et de laryngol. No. 9, 1893.)

Verff. erinnern an die Erfahrungen und Experimente von Curling (1849) und Schiff, um an die Arbeiten von dem Schweden Sandstroem zu kommen, welchem das Verdienst zukommt, zuerst die Nebenschilddrüsen anatomisch dargelegt und beim Menschen, Kaninchen, Hunde, der Katze und dem Ochsen nachgewiesen zu haben. In der letzten Zeit wurden diese Nebendrüsen von Neuem von Glay am Kaninchen und Hunde, von Christiani an Ratten nachgewiesen. Beim Menschen scheint kein Anatom oder Chirurg aus der Entdeckung Sandstroem's Nutzen gezogen zu haben, während Jedermann weiss, dass die blos partiell ausgeführte Thyroidectomie die Cachexia strumipriva hintanhält. Es muss also jedenfalls ein grosser Vortheil darin bestehen, bei Thyroidectomie die Sandstroem'sche Nebenschilddrüse zu erhalten. Verff. geben nun die genaue anatomische Lage dieser Nebenschilddrüsen nebst der Methode, selbe blosszulegen, welches Verfahren am besten im Original nachgelesen wird. Ebenso wird deren macroscopischer und microscopischer Bau am besten im Urtext nachgelesen. Die Hauptsache besteht darin, dass diese Drüsen extracapsulär um die Schilddrüse liegen, mithin geschont werden können bei der Thyroidectomie. Es soll also dieser anatomischen Entdeckung gemäss die Totalexstirpation sowohl wie die partielle Exstirpation der Schilddrüse intracapsulär vorgenommen werden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die Functionen der Nebenschilddrüsen. (Du rôle des glandules thyroides accessoires.) Von Dr. Moussie. (Société de biologie de Paris, Séance du 11 Mars 1893 und Revue internationale de rhinologie, d'otol. et de laryngol. No. 9, 1893.)

Dem Verf. gemäss wären diese Nebendrüsen nicht fähig, die Functionen der Hauptdrüse zu ersetzen. Die microscopischen Untersuchungen dieser Nebendrüsen an seit einigen Monaten thyroidectomirten Thieren ergaben deren embryonalen Bau; selbe können also die Functionen der eigentlichen Schilddrüse nicht erfüllen. Dr. Richet ist nicht derselben Meinung, da die Thiere, bei welchen diese Nebendrüsen erhalten geblieben sind, nach der Thyroidectomie am Leben bleiben, während im entgegengesetzten Falle die Thiere sterben. Dr. P. K.

Sprachfehler, durch Halsleiden verursacht. (Défauts de langage déterminés par des maladies de la gorge.) Von Dr. Lennox Brown. (Association médicale britannique, Séance du 28 Juillet 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Die meisten Krankheiten der Redner stammen von schlechter Sprachmethode oder von Missbrauch der Stimme her. — Die beste Methode der Lungenathmung ist die combinirte Action des Zwerchfells und der Intercostalmuskeln; das Clavicularathmen soll vermieden werden. Der Sänger soll die eingeathmete Luft sparen, damit das Athmen nicht so schnell werde, der Ton soll richtig angeschlagen werden, bevor man ausathmet. Fehler in dieser Hinsicht bringen krampfhaftes Athmen und Coordinationsstörung der Stimmbänder und sind eine gewöhnliche Ursache von chronischer Laryngitis. Dieses mangelhafte Athmen bringt den Spasmus und das sogenannte Tremolo hervor. Das sogenannte Loch in der Stimme entsteht dadurch, dass das untere Stimmregister zu hoch und das obere zu tief gegriffen wird. Ein anderer Fehler besteht darin, dass der Sänger den Ton erhöht, statt die Stimme selbst zu erhöhen; jeder Mensch spricht naturgemäss den Ton der Stimme, welcher den besten Effect ohne Ermüdung hervorbringt. Talma begann immer ein lautes Gespräch hinter den Coulissen und ging dann auf die Bühne, denselben Ton wie hinter den Coulissen bewahrend. Verf. kommt am Ende seines Vortrages zu dem Schluss, dass zur Bewahrung einer guten Stimme eine wissenschaftliche Erziehung derselben nöthig ist. Dr. P. K.

Ueber Stimmstörung bei den Sängern. (De la perte de la voix chez les chanteurs.) Von Dr. Middlemass Hunt. (Association médicale britannique und Revue de laryngologie No. 21, 1893)

Die sogenannte Ermüdung der Stimme bei ungeschulten Sängern, am meisten bei Frauen, besteht in einer Parese der einzelnen Larynxmuskeln; dabei zeigt der Larynx gar keine Entzündung; es sind gewöhnlich nur einzelne Töne oder ein Register, nie ist die ganze Stimme verloren. Schlechtes Athmen, schlechter Gebrauch der einzelnen Stimmregister, Missbrauch der Stimme, Singen bei bestehendem Catarrh sind die Ursache dieses Stimmverlustes. Dr. P. K.

Digitized by Google

Lähmung des linken Stimmbandes durch Gangliendruck auf den linken Recurrens bei Aortenaneurysma. (Paralysie de la corde vocale gauche par compression ganglionnaire du nerf recurrent gauche chez un aortique.) Von Dr. Hélary. (Bulletin de la société anatomique de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Während des Lebens bestand Druck auf den Recurrens durch die ectatische Aorta als selbstverständliche Diagnose. Die Section zeigte, dass die atheromatöse Aorta nicht ausgedehnt war, dass aber eine Kette angeschwollener Lymphdrüsen sich zwischen Aorta und dem Bronchus befand und dass letztere auf den betreffenden Recurrens drückte.

Dr. P. K.

Aeusserer Larynxkrebs, welcher sich nach innen ausgedehnt und die unteren Stimmbänder mit unversehrt bleibender Stimme verschont hat. (Cancer extrinsèque du larynx propagé à la cavité, ayant respecté les cordes vocales inférieures avec conservation parfaite de la voix.) Von Dr. Hélary. (Bulletin de la société anatomique de Paris und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Bei einem 40jährigen Manne war Carcinom des Larynxeinganges und der Seitentheile des Pharynx. Tracheotomie wegen Erstickungsanfällen, intacte Stimme, Stimmbänder natürlich nicht zu sehen, plötzlicher Tod durch Blutung, Schlucken auffallender Weise normal. Bei der Section fand man beide Cartilagines arytenoideae und die Stimmbänder normal, ebenso den Oesophagus. Das Interessante dabei sind die unversehrten Stimm- und Schluckbewegungen. Dr. P. K.

Eine Kugel im Kehlkopfe. Beitrag zum Studium der traumatischen Wunden des Kehlkopfes. (Une balle dans le larynx, contribution à l'étude des plaies traumatiques du larynx.) Von Dr. A. Sokolowski in Warschau. (Arch. internat. de Laryngolog. etc., Juli/Aug. 1893, VI. Bd.)

Ein 47jähriger Müller erhielt Morgens 1 Uhr auf ca. 15 Schritt Entfernung einen Schuss in die linke Cervicalgegend. Husten, mit Auswurf beträchtlicher Mengen blutigen Schleimes, heftige Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Gefühl der Anwesenheit einer Kugel im Schlunde, Heiserkeit und Aphonie waren die nächsten Folge-Erscheinungen der Verletzung. Abends 5 Uhr hustete Patient eine Revolver-Kugel von $1^1/_2$ Ctm. Länge und $^1/_2$ Ctm. Dicke aus. Die erwähnten Beschwerden schwanden bis auf beträchtliche Heiserkeit. Die 3 Tage später vorgenommene laryngoscopische Untersuchung ergab zur Evidenz Veränderungen, welche mit Sicherheit darauf zu schliessen gestatteten, dass das Projectil in das Kehlkopfinnere gedrungen war und daselbst verweilt hatte. 11 Tage nach der Verletzung verliess der Kranke das Hospital. Die anatomischen Verhältnisse waren zur Norm zurückgekehrt, die Stimme klang rein. Beschorner.

Larynxtumor. (Cas de tumeur laryngienne.) Von Dr. F. C. Rayner. Journal of the American medical Association und Revue de laryngologie No. 1, 1893.)

Ein 12jähriges Mädchen hatte ein Papillom an der vorderen Commissur oberhalb des rechten Stimmbandes. Localbehandlung ohne Er-

Digitized by Google

folg; Tracheotomie in extremis; Thyrotomie; relative Heilung. Spätere Larynxphthise und Erstickung.

Sollte der erste Tumor nicht tuberculöser Natur gewesen sein? Ref.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étrangers du larynx.) Von Dr. Otto Seifert. (Revue de laryngologie No. 1, 1893.)

Obschon eine alltägliche Erscheinung, bietet doch jeder Fremdkörper im Larynx seine interessante und lehrreiche Seite. Verfasser giebt die Krankengeschichte eines 6 Jahre alten Knaben, welcher während 6 Monaten ein dünnes, ziemlich grosses Knochenstück parallel den Stimmbändern sitzen hatte. Die Extraction gelang auf natürlichem Wege. Verf. giebt eine Reihe in der Literatur bekannter Fälle, welche die grosse Toleranz des Larynx für Fremdkörper beweisen, wenn nur Luft genug zum Athmen daran vorbeikommt. Meist gelingt dann die Extraction auf natürlichem Wege mittels Cocain oder Chloroform. Eine grosse Toleranz zeigt der Larynx auch für Blutegel; Verf. giebt eine ganze Reihe von Beispielen von Blutegeln im Kehlkopf aus der Literatur; ihre Entfernung gelingt fast immer auf natürlichem Wege; man soll immer vorher mit concentrirter Kochsalzlösung bepinseln, eventuell Terpentin eingeben.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Knochen im Halse. (Os dans la gorge, deux cas.) Von Dr. T. S. Wight. (Medical and Surgical Reportes und Revue de laryngologie No. 1, 1893.)

Eine hysterische Frau behauptet, einen Knochen im Halse in der Höhe des Sternum zu haben; Verf. fand keinen Knochen, und als Pat. bei ihrer Aussage verharrte, führte Verf. eine Sonde bis in den Magen ein; obschon kein Knochen da war, fühlte Patientin denselben doch bis in den Magen gestossen und war geheilt.

Es sind dies die bekannten Fälle von Parästhesien. Ref.

Ein kräftiger Mann beklagte sich über einen Knochen im Halse. Dabei sah er schlecht aus, hustete aus und athmete schwer. Verf. konnte keinen Knochen nachweisen. Bei der Digitaluntersuchung aber spürte er einen kleinen Knochen links, welcher leicht mit einer geeigneten Zange entfernt wurde.

Ein abermaliger Beweis, dass die Digitaluntersuchung dem Laryngoscop in manchen Fällen vorzuziehen ist. Ref. Dr. P. K.

Larynxstenose bei Tuberculosen. (Des sténoses du larynx chez les tuberculeux.) Von Dr. Gouguenheim. (Union médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Verf. theilt die Stenosen bei Tuberculose in 3 Classen: mechanische, durch Ankylose der Articulationes cricoarytenoideae und in durch Recurrenslähmung durch Druck bedingte. Die ersteren entstehen selten plötzlich, meist allmählig und wurden in der vorlaryngoscopischen Zeit mit Unrecht als Oedema glottidis (Sestier) bezeichnet; es sind meistens tuberculöse Infiltrationen, selten Perichondritis. Die zweite Form ist trotz der gegentheiligen Behauptung Semon's, den Sectionen nach zu urtheilen, selten. Die dritte Form wird von Einigen als Lähmung der

Digitized by Google

Glottiserweiterer (Semon), von anderen als Krampf der Adductoren angesehen; der Druck rührt immer von tuberculösen Lymphdrüsen her, welche um die Trachea, die Bronchien, den Larynx gelagert sind; diese Entartung tritt manchmal sehr frühzeitig bei fast ungestörtem Allgemeinbefinden auf; es sind eben diese Fälle, welche sehr lange mit der Trachealcanüle leben. Dr. P. K.

Kann Tuberculose durch Fische übertragen werden? (Les poissons peuvent-ils être des intermédiaires dans la transmission de la tuberculose?) Von Dr. Combemale. (Congrès des sociétés savantes 6 Avril 1893 und Bulletin médical du Nord No. 8, 1893.)

Von den vielen Uebertragungsarten der Tuberculose sind jedenfalls das Einathmen getrockneter pulverförmiger Sputa, sowie der Genuss von tuberculöser Milch und Fleisch die häufigsten. Da nun an gewissen Küstengegenden, namentlich in Island und Canada, jährlich ganze Fischerfamilien an Tuberculose zu Grunde gehen, so frug Verf. sich, ob die Fische nicht zu den häufigeren Uebertragungsursachen der Tuberculose zu rechnen seien. Die Experimente durch Inoculation und Ernährung mittels tuberculösen Auswurfes haben nicht nur ein negatives Resultat ergeben, sondern sie haben bewiesen, dass Fische den Koch'schen Bacillus in sich tragen können, sogar microscopisch unverändert, dass aber dessen Virulenz gänzlich zerstört wird. Fische können also nie als Träger der Tuberculose angesehen werden, im Gegentheil. Dr. P. K.

Periostitis nach Zahnextraction; Glottisödem; Laryngotracheotomie. (Extraction d'une dent suivie de cellulite, d'oedème de la glotte, laryngotrachéotomie.) Von Dr. Langford Symes. (Dublin Journ. of Medical Sciences, Aug. 1892 und Revue de laryngol. 1893, No. 6.)

Die Operation musste 13 Tage nach der Zahnextraction ausgeführt werden. Chloroform wirkte hinderlich während der sehr schwierigen Operation. Dr. P. K.

Drei Fälle von Blutcyste der Glandula thyroidea mittelst Enucleation entfernt. (Trois observations de kyste sanguin de la glande thyroide enlevé par énucléation.) Von Dr. Lauwers. (Académie royale de Belgique und Revue de laryngologie 1893, No. 3.)

Eine Probepunction mittelst der Pravaz'schen Spritze stellt die Diagnose fest. Die Enucleation ist die einzige richtige Methode. Heilung. Dr. P. K.

Croup bei einem 11monatlichen Kinde. Tracheotomie. Heilung. (Croup chez un enfant du 11 mois. Trachéotomie. Guérison.) Von Dr. M. E. Thiercelin. (France méd., Paris méd. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Operation nach der de St. Germain'schen Methode. Keine Nachkrankheit. Heilung nach einer Woche. Verf. schreibt die günstigen Erfolge der tracheotomirten Kinder auf der Hayem'schen Klinik dem Umstande zu, dass jedes operirte Kind isolirt wird und so die durch eine neue Contagion durch andere diphtheritische Kinder entstehenden tödtlichen Bronchienpneumonien vermieden werden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Allgemeines subcutanes Hautemphysem vor der Tracheotomie bei einem croupkranken Kinde. (Emphysème souscutané généralisé avant la trachéotomie chez un enfant atteint de croup.) Von Dr. H. Mahot. (Gazette médicale de Nantes und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Seltene Fälle. Deutliche Crepitation vor der Tracheotomie; das Emphysem verschwand erst 12 Tage nach der Operation. Rillet und Barthez haben bewiesen, dass Lungenemphysem bei Croup eine gewöhnliche Erscheinung ist, manchmal kann es interlobulär werden; dann kann es ja auch in's Mediastinum kommen und von da unter die Haut gelangen.

Referent, welcher die Gewohnheit hat, die Tracheotomie sehr langsam auszuführen und deshalb nie unangenehme Zwischenfälle oder Nachblutungen hat, bemerkt öfters Luftaustreten aus der Halswunde, bevor noch der Luftröhrenschnitt selbst ausgeführt worden ist; dabei ist aber nie Emphysem an anderen Körpertheilen bemerkbar. Dr. P. K.

Glasstück in der Höhe des Einganges der Speiseröhre und des Respirationstractus. (Morceau de verre arrêté à l'entrée des voies digestives et aériennes.) Von Dr. E. J. Moure. (Revue de laryngologie 1893, No. 3.)

Sehr interessanter Fall: Ein dreieckiges Glasstück war an der hinteren Larynxwand, die Aryknorpel nicht ganz bedeckend, mit einem seiner Winkel in den Oesophagus, mit den beiden anderen Winkeln in die Fossae pyriformes hineinragend, stecken geblieben; trotz seines einmonatlichen Verweilens und seiner Grösse und Schärfe hatte der Fremdkörper keine unangenehmen Symptome hervorgerufen. Das Laryngoscop hatte wieder getäuscht: Es liess in der Arytenoidalgegend einen horizontalen dunkeln Streifen sehen, welcher auf einen runden Körper schliessen liess, so dass Verf. an eine Nadel oder an einen Nagel dachte.

Dr. P. K.

Ueber Oesophagotomia externa bei Fremdkörpern im Oesophagus. (De l'oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.) Von Dr. Berger. (Société de chirurgie de Paris, 10 Mai 1893 und Semaine médicale No. 29, 1893.)

Verf. räth auffallender Weise den medianen Hautschnitt an, man soll am linken Rande der Trachea in die Tiefe gehen; der von den Chirurgen heute allgemein angenommene seitliche Schnitt sei mit Gefahren verbunden. Man soll die äussere Wunde (und darin stimmt Verf. mit den neueren Chirurgen überein) nicht nähen und nicht drainiren, sondern einfach tamponiren; die etwa zurückbleibende Oesophagusfistel heilt nachher von selbst. Dr. Th. Anger, übereinstimmend mit den neueren Autoren, will den seitlichen Schnitt bei der Oesophagotomia externa beibehalten wissen

Uebrigens hat ja schon Nélaton, der auch mit Medianschnitt operirte, eben wegen dieses Schnittes die Oesophagotomia externa als eine der schwierigsten Operationen der Chirurgie bezeichnet. (Ref.)

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein neues local schmerzstillendes Mittel: das Phenylcocain. (Un nouvel analgésique local: la phénylcocaine.) Von P. Poinsot. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1893.)

Wirkt nur local und nur zufällig allgemein bei zufälliger Einspritzung in ein Blutgefäss, was sehr leicht vermieden werden kann. Verf. giebt die Zubereitungsweise des Präparates. Bepinselungen und Tampons auf die zu operirende Stelle genügen bei ganz kleinen Operationen, in sonstigen Fällen muss man mit der Pravaz'schen Spritze oder besser mit der antiseptischen Spritze von Straus und Colin einspritzen; die Unempfindlichkeit dauert 3—10 Minuten. Das Präparat soll folgende Vorzüge vor dem Cocain haben: 1) ganz locale Wirkung, keine Diffusion möglich, keine allgemeinen Symptome; 2) sonst dieselben guten Eigenschaften des reinen Cocain. Es werden die chemischen Verbindungen des zu lange aufbewahrten reinen Cocain, welche Verbindungen oft giftig sind, vermieden. Das Phenylcocain bewahrt sich auf unbestimmte Zeit auf. Im Handel kommt es in sterilisirten, mit Paraffin geschlossenen, ein Gramm enthaltenden Röhrchen vor; vor dem Gebrauch soll man das Röhrchen leicht erhitzen. Dr. P. K.

Cocainismus. (Cocainisme.) Von Dr. Normon. (Journal of Mental Diseases und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1893.)

3 Fälle von Cocainismus mit ausgesprochenem Geschlechtserethismus und Verlust des Zeitbewusstseins. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Jaenicke: Zur therapeutischen Bedeutung des Natrium (tetra) boricum neutrale. — Szenes: Bericht über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (19.—21. Mai 1893) (Schluss). — Burger: Zur Diagnose der Kieferhöhleneiterung. — Przedborski: Ueber einen Fall von primärem hysterischen Krampf der Glottiserweiterer (Spasmus hystericus praecipue exspiratorius dilatorium rimae glottidis). — II. Referate: a) Otologische: Gomperz: Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres. — Gradenigo: Zur Morphologie der Ohrmuschel bei gesunden und geisteskranken Menschen und bei Delinquenten. — Körner: Ueber die Fossa jugularis und die Knochenlücken im Boden der Paukenhöhle. — Ludewig: Zur Ambosscaries und Ambossextraction. — Gradenigo: Ueber ein neues electrisches Akumetermodell. — b) Rhinologische: Shallcross: Fremdkörper in der Nase. — Ware: Drei scheinbar unabhängige Leiden, welche oft von einer Nasenstenose herrühren. — Kibbe: Ein Fall von Asthenopie und Cephalalgie, von der Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel herrührend. — c) Pharyngo-laryngologische: Chauffart: Gummöse Tuberculose der Zunge. — Grabower: Larynxlähmungen als frühzeitiges Symptom der Tabes dorsalis. — Chantemesse und Marie: Die Nebenschilddrüsen beim Menschen. — Moussie: Ueber die Functionen der Nebenschilddrüsen. — Brown: Sprachfehler, durch Halsleiden verursacht. — Hunt: Ueber Stimmstörung bei den Sängern. — Hélary: Lähmung des linken Stimmbandes durch Ganglien-druck auf den linken Recurrens bei Aortenaneurysma. — Hélary. Aeusserer Larynxkrebs, welcher sich nach innen ausgedehnt und die unteren Stimmbänder mit unversehrt bleibender Stimme verschont hat. — Sokolowski: Eine Kugel im Kehlkopfe. — Rayner: Larynxtumor. — Seifert: Fremdkörper im Larynx. — Wight: Zwei Fälle von Knochen im Halse. — Gouguenheim: Larynxstenose bei Tuberculosen. — Combemale: Kann Tuberculose durch Fische übertragen werden? — Langford Symes: Periostitis nach Zahnextraction; Glottisödem; Laryngotracheotomie. — Lauwers: Drei Fälle von Blutcyste der Glandula thyroidea mittelst Enucleation entfernt. — Thiercelin: Croup bei einem 11monatlichen Kinde. Tracheotomie. Heilung. — Mahot: Allgemeines subcutanes Hautemphysem vor der Tracheotomie bei einem croupkranken Kinde. — Moure: Glasstück in der Höhe des Einganges der Speiseröhre und des Respirationstractus. — Berger: Ueber Oesophagotomia externa bei Fremdkörpern im Oesophagus. — Poinsot: Ein neues local schmerzstillendes Mittel: das Phenylcocain. — Normon: Cocainismus.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVII. Berlin, December 1893. No. 12.

I. Originalien.

Nochmals die Durchleuchtung der Kiefer- und Stirnhöhle.

Von

C. Ziem.

Gegen die Ueberschätzung der Durchleuchtung habe ich mich schon mehrmals geäussert[1]). Srebrny, Lichtwitz[1a]) u. a. A. haben nach eigens angestellten Versuchen an Kranken meinen Ausführungen sich angeschlossen, und es ist jetzt auch fast überall anerkannt, dass trotz des Hellbleibens der Wange bei der Durchleuchtung Eiter in der entsprechenden Kieferhöhle vorhanden sein kann. So hat unlängst auch M. Lermoyez die Durchleuchtung nach Heryng nur als ein signe de probabilité, die Probedurchspülung dagegen als signe de certitude bezeichnet[2]).

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. No. 36, 1890, 8. September; No. 24 und 48, 1891, No. 33, 1892; Revue internationale de laryngologie No. 1, 1893; St. Petersburg. med. Wochenschrift No. 6, 1893.

[1a]) Bulletin médic. No. 86, 1890, 26. Octobre.

[2]) Luc & Ruault's Arch. internat. de laryngologie No. 3, p. 159, 1893.

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA LIBRARY

Nun ist H. Davidsohn mit einer Modification des Verfahrens hervorgetreten und hat erklärt, dass der Nachdruck auf das Erleuchtetwerden der Pupille zu legen sei, und dass jede, auch die geringste Erleuchtung der letzteren die Anwesenheit von Eiter im gleichseitigen Sinus maxillaris mit Bestimmtheit ausschliessen lasse: seiner Meinung nach sollen die Lichtstrahlen vermöge der Brechung an den unregelmässig contourirten Wandungen der Nasenhöhle nicht durch letztere, sondern nur durch die nicht mit Eiter erfüllte Kieferhöhle hindurch in die Orbita und den Bulbus eindringen und nun die Pupille erleuchten. Das wird bei nor-

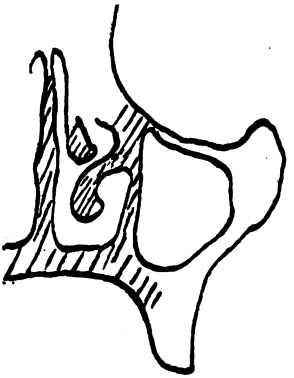


Fig. 1.

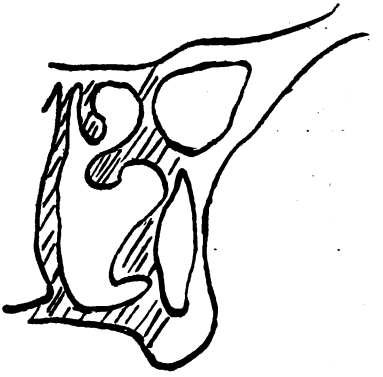


Fig. 2.

maler Architectur der Nasen- und Kieferhöhle, so wie sie in Fig. 1 dargestellt ist, wohl zutreffend sein, keineswegs aber bei abnormer Gestaltung der Theile wie in Fig. 2: durch den hier sehr weiten mittleren Nasengang und das hier sehr dünne Septum naso-orbitale können Lichtstrahlen offenbar leicht von der Nasenhöhle in die Orbita und den Bulbus durchdringen und die Pupille durchleuchten, selbst wenn die lateralwärts liegende Kieferhöhle mit Eiter ganz angefüllt wäre. Ich selbst[3]), Hartmann u. a. A. haben in derartig verkümmerten Kieferhöhlen Eiter gefunden. Allerdings empfiehlt Davidsohn neuerdings[4]), in solchen Fällen die Nasenhöhle mit Watte dicht zu tamponiren: sollte Watte das Licht allenfalls nicht vollkommen abhalten, wie das von einigen Autoren befürchtet worden, so würde die geschäftige Industrie ein anderes, diesem Anspruch genügendes Material wohl bald beschafft haben. Unter allen Umständen aber bleibt es eine lästige Zumuthung für den Kranken, zu diagnostischen Versuchen die Nase sich fest verstopfen zu lassen, und

---

[3]) Diese Monatsschrift No. 9, 1889.

[4]) Sitzungsber. d. Berliner Laryngol. Gesellsch. in den Annales des maladies de l'oreille etc. No. 5. p. 432 u. folg., 1893, und Berl. klin. Wochenschr. No. 42, 1893.

Digitized by Google

zwar um so mehr, als selbst bei vollkommener Tamponirung der Nase und Durchtreten der Lichtstrahlen in die Orbita und den Bulbus dann nur durch Vermittlung der Kieferhöhle, das Vorhandensein einer geringen Menge von Eiter in letzterer beim Aufleuchten der Pupille noch immer nicht ausgeschlossen ist. Schon früher habe ich erwähnt, dass eitrige Catarrhe der Kieferhöhle vorkommen mit so geringgradiger Eiterproduction, dass mir auch der Schatten einer Vorstellung fehlt, wie ein Dunkelbleiben der Wange (bez. der Pupille) bei dem Durchleuchtungsversuch durch jene bewirkt werden könne. Dass es aber in solchen Fällen nicht um practisch werthlose Befunde sich handelt, geht daraus hervor, dass durch Beseitigung solcher Eiterungen Fälle von bis dahin stets recidivirender Iridocyclitis zur Ausheilung gelangt sind, wie z. B. der einer bereits öfter von mir erwähnten, nun schon bald 4 Jahre geheilten Dame, ebenso Eczeme des Naseneingangs, anscheinend selbstständige Erkrankungen des Recessus pharyngis medius (sog. Tornwaldt'sche Krankheit) u. A. mehr. Derartig geringentwickelte und gar nicht seltene Catarrhe der Kieferhöhle würden bei dem Durchleuchtungsversuch also unentdeckt bleiben. Ausserdem haben Herzfeld, Rosenberg, Flatau u. a. A. selbst bei stärkeren Graden von „Empyem" der Kieferhöhle Durchleuchtbarkeit der Pupille beobachtet. Die Beweiskraft wenigstens einiger dieser Fälle ist von Davidsohn zwar angezweifelt worden durch die Behauptung, dass da von aussen auf die Pupille **auf**fallendes Licht nicht genügend abgeblendet worden sei und eine **Durch**leuchtung des Bulbus somit nicht vorgelegen habe. Doch dürfte dieses Bedenken mindestens für die Fälle Flatau's unstatthaft sein, da hier eine sehr sorgfältige Abblendung vorgenommen worden zu sein scheint. Am richtigsten wäre es wohl, wenn in einer Reihe solcher Fälle, die von anderen Fachärzten als einer Eiterung der Kieferhöhle verdächtig, von Davidsohn aber auf Grund seiner eingehenden Studien als frei von einer solchen bezeichnet worden wären, die Probedurchspülung vorgenommen würde; bis eine derartige Statistik vorliegt, bleibe ich meinerseits bei der Ansicht stehen, dass ein zu so vielen Irrthümern Veranlassung gebendes, mit so vielen Wenn und Aber ausstaffirtes Verfahren für die tägliche Praxis an und für sich schon wenig geeignet ist; da braucht man eine Methode, welche nicht mit einem kläglichen Vielleicht, in Bossuet's Ausdrucksweise, oder einem noch kläglicheren Vielleicht auch nicht, sondern mit einem bestimmten Ja oder Nein antwortet, so wie die Probedurchspülung mittelst einer 1 Mmtr. dicken Canüle und der Druckpumpe vom Alveolarfortsatze aus, die ich vor mehr als 5 Jahren empfohlen habe[5]). Findet sich hier Eiter in der Kieferhöhle, so ist das ja viel besser für den Kranken als der Mangel eines solchen, denn dann muss die Eiterung anderwärts sitzen, an einer weniger leicht zugänglichen Stelle.

Hierzu kommt noch, dass bei der Durchleuchtung die Pupille dunkel bleiben kann trotz der Abwesenheit von Eiter in der Kieferhöhle (Davidsohn, B. Fränkel u. a. A.). Und wenn Prof. B. Fränkel noch unlängst erklärt hat, dass er beim Dunkelbleiben der betreffenden Pupille und Wange eine Eröffnung der Kieferhöhle künftig nur dann

[5]) Therapeutische Monatshefte März und April, 1888.

Digitized by Google

vornehmen wolle, wenn er Eiter im mittleren Nasengange bei herabhängendem Kopfe sicher gesehen, so liegt dem gegenüber, abgesehen von Anderem, auch schon eine Beobachtung von Dr. Luc vor, der ein grosser Freund der Durchleuchtungsmethode bis jetzt gewesen und der in einem Falle von Dunkelbleiben der entsprechenden Wange, Anwesenheit von dickem, etwas übelriechendem Eiter im mittleren Nasengange und Caries eines Backzahns die Kieferhöhle gesund, die gleichseitige Stirnhöhle dagegen bei der Eröffnung erkrankt gefunden hat, trotz gleicher Durchleuchtbarkeit beider Stirnhöhlen.[6])

Hierzu kommt als weitere Einschränkung, wie auch M. Garel schon erkannt hat, der Zustand des Auges selbst. In dieser Hinsicht sind die beiden folgenden Fälle wohl von Interesse:

1. Fall. Im Mai d. J. wurde ich von dem 37jährigen Zimmermann N. aufgesucht, dem eine Glasscheibe in das Auge gefallen war und dasselbe der Quere nach gespalten hatte. Er war in einem Krankenhause mit Kälte und Atropin schon 4 Wochen lang behandelt worden. Ich fand Folgendes: Rechtes Auge etwas kleiner als das linke, entzündet, mit traumatischer, totaler Cataract und einer die Hornhaut durchquerenden Narbe behaftet, im oberen Abschnitte stark empfindlich bei Druck. Linkes Auge lichtscheu, mit normaler Refraction und Sehschärfe, einer Accommodationsbreite von 5 Dioptrien und mässiger Einschränkung des Gesichtsfeldes. Rechte Nasenhälfte durch Anschwellung der Schleimhaut schon seit Langem verstopft. Der 1. Molaris des rechten Oberkiefers nur noch als Stumpf vorhanden und druckempfindlich. Verband des Auges mit Zinksalbe, später warme Umschläge auf dasselbe, und Ausspülungen des Auges sowie der Nase mit lauer Salzlösung waren dem Kranken angenehm, ohne jedoch eine entschiedene Besserung zu bringen. Solche trat aber sofort ein, als und zwar am 23. Mai jener Zahnstumpf extrahirt und durch dessen Alveole die Kieferhöhle eröffnet und durchgespült worden war. Es hat bei und nach der Eröffnung ziemlich reichlich geblutet, so dass offenbar eine starke Stauung in der Schleimhaut der Kieferhöhle vorgelegen hatte. Das Auge wurde bei Fortsetzung der Ausspülungen blass, schrumpfte stärker und verlor mehr und mehr die Empfindlichkeit auf Druck, so dass der Kranke am 11. Juni seine Arbeit wieder hat aufnehmen können. Am 11. October, an welchem Tage er auf meinen Wunsch sich wieder einstellte, besass das linke Auge übernormale Sehschärfe, eine Accommodationsbreite von 6,5 Dioptrien und normales Gesichtsfeld; der rechte Bulbus war frei von jeder Entzündung und nur beim Heben von schweren Lasten noch ein wenig empfindlich.[7])

2. Fall. Eine 57jährige Frau tritt mit einem Geschwüre am Rande der linken Hornhaut, streifiger Trübung auch im centralen Abschnitte der letzteren und dichter Trübung des Glaskörpers, so dass nur eine ganz schwache Spur von rothem Reflex beim Ophthalmoscopiren zu erlangen ist, Anfangs October in meine Behandlung. Finger nur in

---

[6]) Luc & Ruault's Archives No. 4, p. 216, 1893.

[7]) Man vergleiche die Bemerkungen über sympathische Reizung und Ophthalmie in meiner Arbeit über Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten, diese Monatsschr. No. 8 u. 9, 1893.

Digitized by Google

nächster Nähe gezählt. Mehrere Wochen vorher starker eitriger Schnupfen, auf welchen die Kranke das Augenleiden schon selbst zurückgeführt hat. In der Nase Eiter; Zähne im linken Oberkiefer meistens fehlend. Anbohrung und Durchspülung der l. Kieferhöhle am 4. October, wobei mehrere dicke Eiterballen sich entleerten. Bei Fortsetzung der Ausspülungen des Auges, der Nase und Kieferhöhle mit Salzwasser und trockenem Verband des Auges Heilung in kurzer Zeit.

In diesen und ähnlichen Fällen könnte die Anwesenheit einer Eiterung und Anschwellung der Schleimhaut der Kieferhöhle mittels der Durchleuchtung natürlicher Weise nicht diagnosticirt werden, sofern man nicht allenfalls auf das von Garel[8]) empfohlene, auch von Davidsohn schon erwähnte, sehr unsichere Zeichen des Mangels oder des Vorhandenseins einer subjectiven Lichtempfindung bei der Durchleuchtung sich verlassen will. Bei Amaurose eines Auges in Folge von Secundärglaucom mit Verschluss der Pupille ist aber auch vom Garel'schen Symptom nichts zu erwarten und es bleibt hier unbedingt nur die Probedurchspülung der Kieferhöhle übrig, sowie in dem schon oben erwähnten Fall von adhäsiver Iridocyclitis. Eine länger dauernde Durchleuchtung der Pupille, die nach Herzfeld's Versuchen eine starke Lichtquelle öfters erfordert, würde übrigens auch bei gleichzeitig vorhandener Chorioiditis und Chorio-Retinitis ungünstig einwirken können. Will man das Durchleuchtungsverfahren überhaupt noch weiter ausbilden, so müsste in allen Fällen, in denen die Pupille dunkel bleibt, eine ophthalmoscopische Untersuchung angestellt werden, um das Vorhandensein einer rein örtlichen, von der Kieferhöhle nicht fortgeleiteten Erkrankung des Auges wenn möglich erst auszuschliessen. Also noch weitere Schwierigkeiten oder selbst ein Circulus vitiosus, welchem gegenüber die in der weitaus grössten Mehrzahl aller Fälle so äusserst einfache Probepunction und -Durchspülung vom Alveolarfortsatze aus sich doch gar sehr empfiehlt, ein Verfahren, von welchem wir offenbar noch die werthvollsten Aufschlüsse über Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten zu erwarten haben. Mit der Durchleuchtung der Kieferhöhle macht man meines Erachtens nicht viel mehr als ein an und für sich ganz interessantes, aber überflüssiges Experiment, abgesehen natürlich von den Fällen, in welchen es sich um die Unterscheidung von Cysten und Tumoren des Kiefers handelt. Denjenigen Aerzten, welche die Gepflogenheit haben, bei Empyem der Kieferhöhle breit zu eröffnen, was meistens allerdings ganz überflüssig ist, gestatte ich mir nochmals[9]) nahe zu legen, in solchen oder ähnlichen Fällen und unter der nöthigen Vorsicht, nach B. Fränkel's[10]) und Voltolini's Vorgang, eine grössere Glühlampe in die Kieferhöhle selbst einzuführen und den Augenhintergrund dann zu beobachten; denn möglicher Weise wird bei diesem Verfahren doch irgend eine für die Histologie des Auges interessante und neue Wahrnehmung noch zu machen sein.

II. Was die Durchleuchtung der Stirnhöhle betrifft, so habe ich aus

[8]) Annales des maladies de l'oreille etc. No. 2, p. 109, 1893.

[9]) Vergleiche meine Arbeit über Durchleuchtung des Auges, Wiener Klin. Wochenschr. No. 5 u. 6, 1893.

[10]) Berl. klin Wochenschr. No. 16, 1887.

Digitized by Google

der grossen Verschiedenheit der letzteren die Unmöglichkeit, eine geringgradige Eiterung mittels dieses Verfahrens zu erkennen, in einem schon vor mehr als 2 Jahren veröffentlichten Aufsatze abgeleitet.[11]) Ich darf wohl etwas erstaunt sein, dass L. Lichtwitz, der zu demselben Ergebniss gekommen, in mehreren einschlägigen, in diesem Jahre erschienenen Publicationen meiner Arbeit keine Erwähnung gethan hat. In dem schon oben angeführten Falle hat H. Luc den positiven Nachweis der Unzulänglichkeit des Durchleuchtungsverfahrens auch für die Stirnhöhle erbracht. Ich selbst habe die Probeeröffnung der Stirnhöhle zwar schon mehreren Kranken vorgeschlagen, bisher aber noch nicht ausgeführt. Nach Abgrenzung des Bezirks der stärksten Helligkeit mittels des Apparates von Vohsen und bei Benutzung eines sehr kleinen, an die Bohrmaschine angesetzten Trepans dürfte diese Operation grossen Bedenken wohl nicht unterliegen.

Danzig, den 22. October 1893.

* * *

Nachtrag.

Im Novemberhefte dieser Monatsschrift findet sich ein den gleichen Gegenstand behandelnder Artikel vom Herrn Docenten Dr. Burger in Amsterdam, demselben Herrn Burger, der es kürzlich unternommen hat, mich als „Apostel" des Rückschritts zu characterisiren, weil ich die Spiegeluntersuchung des Nasenrachenraumes für die Mehrzahl der Fälle durch die viel einfachere Palpation ersetzt haben will, und der dann weiter in die Welt hineingeschmettert hat, dass ich die Rhinoscopia posterior überhaupt nicht anwende[12]), eine Behauptung, deren Beweis Herr Dr. Burger noch zu erbringen hat. Der Herr Autor beschäftigt sich in diesem neuen Artikel also nochmals mit meinen Arbeiten, besonders auch mit der von mir empfohlenen Probedurchspülung, und ich bin daher gezwungen, ihm endlich einmal öffentlich zu antworten.

Auf Seite 326 erfahren wir, dass es „selbstverständlich sei, dass eine minimale Eitermenge in der Kieferhöhle die Lichtstrahlen nach dem Auge hin ruhig durchlasse". Das ist ja ein sehr wichtiges Zugeständniss und damit ist die ganze Durchleuchterei an und für sich schon über den Haufen geworfen! Freilich sucht der Herr Autor dieses Zugeständniss dadurch sofort abzuschwächen, dass er derartige Fälle für „grosse Seltenheiten" hält und dass in 5 — man sage fünf — in dieser Richtung untersuchten Fällen von Empyem eine Durchleuchtung des betreffenden Auges auch bei stärkster Lichtintensität niemals stattgefunden hat. Suchet, so werdet ihr finden, dürfte auch auf diesem Gebiete gelten!

Auf Seite 329 wird ein Fall erwähnt, in dem eine Probedurchspü-

---

[11]) Berl. klin. Wochenschr. No. 24, 1891.

[12]) Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1893, I. No. 18, II. No. 17.

Digitized by Google

lung durch den unteren Nasengang mittelst eines Doppellauf-Catheters ausgeführt worden, ohne dass gleich am ersten Tage Eiter zum Vorschein gekommen wäre, der dann aber am zweiten und den folgenden Tagen niemals vermisst wurde: dieser Fall ist für Herrn Burger ein gutes Beispiel dafür, dass auch die „hochgerühmte" Probedurchspülung die Abwesenheit von Eiter in der Kieferhöhle nicht mit absoluter Sicherheit nachweisen könne. Darauf entgegne ich: 1) dass ich selbst in vielen Fällen nicht mit einer einmaligen Probedurchspülung mich begnügt und manchmal auch erst am zweiten Tage Eiter nachgewiesen habe; 2) dass ebenso bei einer Kranken, deren Kieferhöhle vor mehreren Jahren zuerst von Herrn Dr. Tornwaldt durch eine im unteren Nasengang angelegte Operationsöffnung probeweise durchgespült worden, ohne dass sich Eiter gefunden hätte, einige Wochen später bei Probedurchspülung vom Alveolarfortsatze aus Eiter von mir nachgewiesen worden ist. Für alle derartige Fälle, für den Fall Tornwaldt's sowohl als für meine eigenen, weise ich die Zumuthung von vornherein zurück, dass eine Eiterung hier erst künstlich gemacht worden wäre: denn bei Sauberkeit der betreffenden Instrumente ist so etwas selbstverständlicher Weise ganz und gar ausgeschlossen. Aber ich glaube, dass ein negatives Ergebniss der Probedurchspülung beim Eingehen vom unteren Nasengange aus öfter und leichter eintreten wird als beim Eingehen vom Alveolarfortsatze aus, aus dem einfachen, schon in meiner ersten Arbeit über diesen Gegenstand im Jahre 1886 angeführten Grunde, dass die Durchspülung der Kieferhöhle nicht so wirksam sein kann, wenn Ein- und Ausflussöffnung nahe bei einander liegen, als wenn sie einander gegenüber liegen. Wer nun gar eine Doppellauf-Canüle zur Probedurchspülung anwendet, die doch natürlicher Weise eine doppelt so breite Operationsöffnung voraussetzt als eine einfache Canüle, der dürfte wohl gut thun, mit der Literatur über die Probedurchspülung sich erst gründlicher vertraut zu machen, ehe er über dieselbe aburtheilt. Dass die Durchleuchtung ein „vollkommen unschuldiges" Verfahren sei, mag dem Herrn Autor, mit den oben gemachten Einschränkungen, im Ganzen geglaubt werden: ich finde sogar, dass sie für die Mehrzahl der Fälle „zu unschuldig" ist, ja dass sie in der Praxis verschiedener Specialisten oder solcher, die sich dafür ausgeben, zu einem kostspieligen Pomp und Sport geworden, der mit der Wissenschaft gar sehr wenig zu thun hat. Ob die Probedurchspülung oder die Durchleuchtung das überlegenere Verfahren sei, das ist, entgegen Herrn Burger's Meinung, ganz und gar nicht ein „müssiger" Streit und ich verweise den Herrn Autor zur näheren Information hierüber auf eine Reihe, in der letzten Zeit von mir veröffentlichter Arbeiten, in denen ich als „Apostel" der Vereinfachung der bisherigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgetreten bin, um nämlich künstlich auseinander gezerrte Gebiete in der Praxis wieder vereinigen zu können. Von Interesse ist weiter, dass die Durchleuchtung der Pupille nur bei der Hälfte aller von Herrn Burger untersuchten Personen hat beobachtet werden können (S. 327), dass aber eine subjective Lichtempfindung hierbei unter normalen Verhältnissen regelmässig eintreten soll (S. 330). Der Herr Autor, welcher übrigens die gleichsinnigen und früheren Angaben von Davidsohn und von Garel nicht erwähnt hat, legt daher in der Diagnostik der Eiterungen der Kieferhöhle das Hauptgewicht auf das Vor-

Digitized by Google

handensein oder das Fehlen der subjectiven Lichtempfindung. Von allem Anderen abgesehen, braucht dem über die Unzuverlässigkeit auch dieses, eines subjectiven Zeichens oben Gesagten wohl kaum noch viel hinzugefügt zu werden: von dem intelligenteren Theile der Bevölkerung mag dasselbe öfters ziemlich leicht wahrgenommen werden, während der viel grössere, torpidere Theil, die Böotier, bekanntlich schon bei viel einfacheren Fragen ganz urtheilslos sind. Was endlich die Ursache des Misslingens der Durchleuchtung der Pupille bei normalen Menschen betrifft, so hätte der Herr Autor wohl erwähnen dürfen, dass für seine Annahme, die Mächtigkeit des Chorioidealepithels sei hier maassgebend, ihm ein Hinweis gegeben war in meiner schon oben erwähnten, dem Herrn Autor sehr wohl bekannten Arbeit über Durchleuchtung des Auges bei Thieren[13]), welche übrigens unabhängig von der Arbeit Davidsohn's entstanden ist, wie ich bereits an anderer Stelle bemerkt habe[14]). Herr Burger hätte dort auch Beweise dafür finden können, dass die Durchleuchtbarkeit des Sehnerven überhaupt, und man kann sagen auch naturgemäss, eine grössere ist als die der Chorioidea. Obwohl H. Davidsohn die Durchleuchtung der Pupille auf dem Wege des Sehnervens nicht für wahrscheinlich ansieht (Sep.-Abdruck S. 7 und 8), ergeben Durchschnitte der Orbita, wie wir in dem topographisch-anatomischen Atlas des unvergesslichen W. Braune solche in so vollendeter Ausführung besitzen, dennoch die Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses[15]). Die Beobachtung Burger's, dass Personen mit feinem Knochenbau die beste Durchleuchtung der Pupille ergeben, entspricht der von mir mitgetheilten Beobachtung über die leichte Durchleuchtbarkeit der Pupille und des Augenhintergrundes von der zweiten Augenhöhle aus bei Thieren mit sehr schmalem Interorbitalraum (Siebbein), wie bei Tauben und Hühnern, während in derartigen Versuchen an Kaninchen und Katzen nur der Sehnerv als runde Scheibe kenntlich wird. Auch an frischen Thierköpfen, die in der soeben von mir beschriebenen Art[16]) mittelst eines scharfen Messers und eines umgekehrten Beils der Länge nach gespalten und dann mit der Schnittfläche gegen eine Lampe gehalten werden, kann man die sehr helle Durchleuchtbarkeit der Pupille bei Tauben und Hühnern, die wesentlich geringere Durchleuchtbarkeit der Pupille bei Kaninchen und Katzen und den verdunkelnden Einfluss der an der einen Kopfhälfte noch vorhandenen Scheidewand der Nase recht anschaulich demonstriren.

Danzig, den 19. December 1893.

---

[13]) Wiener klin. Wochenschrift No. 5, 1893.

[14]) Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 33, Schluss.

[15]) Tafel III und Supplement, Tafel A 1886 bezw. Taf. XXIXa der kleinen Ausgabe 1875.

[16]) Sitzungsber. d. Naturf.-Gesellschaft zu Danzig vom 29. November 1893.

Digitized by Google

Zur therapeutischen Bedeutung des Natrium (tetra) boricum neutrale.

Von

Dr. **Jaenicke** in Görlitz.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Bei uncomplicirter chronischer Mittelohreiterung wurde das Natr. boric. in 123 Fällen bei 105 Personen erprobt. Von diesen 123 Otorrhöen heilten 110, und zwar 15 mit Verschluss der bestehenden, meist kleinen Perforation. In den übrigen Fällen blieb die Perforation, wie dies ja auch sonst bei chronischer Mittelohreiterung die Regel ist, nach dem Aufhören des Ausflusses bestehen, und die sichtbare Paukenschleimhaut zeigte dann ein je nach der Dauer und Intensität der während der Eiterung stattgehabten pathologischen Vorgänge verschiedenes Aussehen. Bald war sie zart und blass, fast wie gesunde Paukenschleimhaut, bald war sie sehnig glänzend und von narbigen Strängen durchzogen, bald wieder von matt grauem Aussehen, indem das normale Epithel durch Plattenepithel ersetzt war; einige Male auch behielt sie noch längere Zeit nach Beseitigung des Ausflusses ein röthliches und feuchtes Aussehen. Die Behandlungsdauer betrug 2 Tage bis 4 Wochen, und zwar durchschnittlich 8 Tage. Die Abheilung verlief am schnellsten, wenn die Schleimhaut wenig succulent und das Secret spärlich und von rein eitriger Beschaffenheit war, bei blutreicher und aufgelockerter Schleimhaut dagegen war der Verlauf in der Regel ein mehr protrahirter, aber immerhin ein weit schnellerer, als er sich durch Anwendung der sonst dabei angezeigten caustischen Argentumlösungen erreichen lässt. In einigen dieser zuletzt erwähnten Fälle nahm das Secret nach den ersten Eingiessungen eine fast rein schleimige Beschaffenheit an und diese widerstrebten der vollständigen Abheilung am längsten. Andererseits kam es mehrmals vor, dass besonders nach den ersten Eingiessungen ein so profuser Austritt wässeriger Flüssigkeit aus der Schleimhaut erfolgte, dass schon nach 1—2 Stunden sich das klare Wasser tropfenweise aus dem eingelegten Gazebausch herausdrücken liess. Im Gegensatz hierzu war besonders bei narbiger Beschaffenheit der Schleimhaut diese reactive Ausscheidung so gering, dass krystallinische Niederschläge von Natr. boric. in Pauke und Gehörgang unverändert liegen blieben.

Die Eingiessung der 50—60procentigen Lösung rief nur bei zwei Personen einen mässigen Schmerz hervor, welcher die fortgesetzte Application des Mittels hinderte; bei beiden Personen war die Schleimhaut so abnorm empfindlich, dass sie schon bei leisester Berührung derselben mit einem Wattebausch Schmerzenslaute von sich gaben. In allen anderen Fällen wurden auch die stärksten Eingiessungen anstandslos ertragen. — Durch die erwähnten krystallinischen Ausscheidungen in der Pauke wurden die Kranken nicht im geringsten belästigt, dagegen veranlassten dieselben im Gehörgange zuweilen ein unangenehmes Jucken, welches einige Patienten veranlasste, mit dem Finger im Gehörgange zu bohren und zu reiben. Dadurch entstanden dann wohl einige Eczembläschen am Gehörgangseingange, welche sich mit weisser Präcipitatsalbe leicht beseitigen liessen. Ein echtes Boreczem von sehr geringer

Digitized by Google

Ausdehnung in der Umgebung des Ohres sah ich bei 2 Kranken auftreten; aber auch dieses liess sich durch Salbe und kurzes Aussetzen des Mittels schnell beseitigen. — Eine den Eingiessungen in der Regel unmittelbar folgende auffallende Besserung des Gehörs wurde von 5 Personen spontan angegeben, und konnte durch die objective Hörprüfung bestätigt werden. Bei diesen sämmtlichen Personen war das andere Ohr taub oder hochgradig schwerhörig, so dass sie über den hörverbessernden Effect der Eingiessungen sehr erfreut waren. Eine Patientin setzte aus diesem Grunde nach schon längst erfolgter Abheilung der Eiterung die Eingiessungen noch fort. — Ein einmaliges oder wiederholtes Recidiv der Eiterung wurde in 18 Fällen beobachtet. Die Veranlassung dazu war am häufigsten ein acuter Catarrh der oberen Luftwege, eine acute Infectionskrankheit oder ein kaltes Bad. Diese Recidive heilten meist nach wenigen Eingiessungen ab, doch waren einige auch ziemlich hartnäckig. — Bei 5 Fällen kehrten die Recidive wiederholt in Zwischenpausen von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten wieder. Diese fortbestehende Neigung zu Rückfällen der Eiterung lässt vermuthen, dass an einem der Gehörknöchelchen oder sonst an einer dem Auge und der Sonde unzugänglichen Stelle der Paukenwand ein kleiner cariöser Herd sich verbirgt, welcher selbstverständlich nicht so schnell abheilt, wie die Schleimhautaffection, und welcher den Ausgangspunkt für die erneuten Recidive abgiebt. Ich muss bezweifeln, ob in diesen letzteren 5 Fällen die schliessliche Heilung eine dauernde geblieben ist, zumal dieselben sich theilweise der Nachbeobachtung entzogen haben.

Ungeheilt blieben 8 Fälle bei 5 Personen unter einer Behandlung von mehr als drei Wochen. Aus welcher Ursache hier der Erfolg ausblieb, liess sich nicht mit Sicherheit ermitteln; doch spricht der Umstand, dass 6 dieser Fälle doppelseitige Eiterungen bei scrophulösen Kindern von 1—3 Jahren darstellten, für eine constitutionelle Ursache. Die beiden übrigen ungeheilten Fälle betrafen zwei sonst gesunde erwachsene Personen.

Uebersehen wir noch einmal die aufgeführten Ziffern, so bleiben nach Abzug der 8 ungeheilten und der 5 zweifelhaften Fälle 110 glatte Heilungen bei 123 einfachen chronischen Otorrhöen übrig, d. h. 89 pCt. Dieser hohe Procentsatz von Heilungen, sowie die kurze Behandlungsdauer von durchschnittlich 8 Tagen lassen eine so bedeutende therapeutische Wirksamkeit des Natr. boric. neutrale erkennen, dass ich mich berechtigt glaube, dasselbe bei allen einfachen chronischen Otorrhöen in erster Linie zu empfehlen.

Dieser Satz gilt auch für die mit Polypen und Granulationen complicirten Mittelohreiterungen, sobald man dieselben durch chirurgische Behandlung dieser Complicationen in einfache Otorrhöen verwandelt hat. Selbstverständlich bedingen die Complicationen eine etwas längere Behandlungsdauer dieser Eiterungen.

Zur Behandlung kamen im Ganzen 52 Fälle bei 47 Personen. Von diesen wurden 44 Fälle vollständig geheilt, bei einer mittleren Behandlungsdauer von 14,5 Tagen. 5 Fälle bei 3 Personen blieben wegen wiederholter Recidive cariesverdächtig und sind zum Theil noch in Behandlung, 3 Fälle blieben ungeheilt. Die definitiven Heilungsresultate der mit Polypen oder Granulationen complicirten Eiterungen sind also

Digitized by Google

fast dieselben, wie diejenigen, welche bei einfacher Mittelohreiterung erzielt wurden. Als ein interessantes Factum möchte ich noch erwähnen, dass ich zwei Mal während der Natr. boric.-Behandlung kleine Granulationen spontan zurückgehen und ein Mal einen halb-linsengrossen vom Hammerrest ausgehenden Polypen durch Schrumpfung verschwinden sah.

Bei den chronischen Eiterungen aus dem Recessus epitympanicus, welche wegen ihrer Gefährlichkeit und ihrer grossen Härtnäckigkeit allen nicht operativen Heilbestrebungen gegenüber eine besondere Stellung einnehmen, versagt auch die sonst so exacte Wirkung des Natr. boric. sehr häufig. Der Grund hierfür liegt einerseits in den ungünstigen anatomischen Verhältnissen dieses complicirt gestalteten Raumes, andererseits in der Schwierigkeit, ausreichende Mengen der übersättigten Lösung durch die feine Perforation der Shrapnell'schen Membran einzubringen, was überhaupt nur bei erhaltener Communication dieses Raumes mit der Paukenhöhle (d. h. bei vorhandenem Perforationsgeräusch) möglich erscheint. Immerhin gelang es, von 7 Fällen 3 zu heilen, und zwar durch wenige Eingiessungen, während die übrigen 4 trotz wochenlanger Behandlung sich nicht veränderten. Es empfiehlt sich daher, auch in diesen ungünstigen Fällen einen Versuch mit Natr. boric. zu machen, bevor man sich zur Herausnahme der Gehörknöchelchen entschliesst.

Günstiger erwiesen sich 4 Otorrhöen mit Cholesteatom der Pauke, von welchem 3 nach Beseitigung der Cholesteatommassen unter täglichen Eingiessungen abheilten, während in einem Falle, in welchem immer wieder neue geschichtete Lamellen auftraten, die Heilung ausgeblieben ist.

Am meisten interessant, wenngleich natürlich am wenigsten dankbar, erwies sich die Behandlung der mit nachgewiesener Caries complicirten chronischen Eiterungen. Zunächst führte die Natr. boric.-Behandlung in einer Reihe von Fällen auf die Diagnose dieser Complication, indem zufolge der durch sie erzielten Abschwellung und Abblassung der Paukenschleimhaut kleine cariöse Stellen und Sequester viel deutlicher hervortraten, oder auch indem fortbestehender Fötor auf eine Miterkrankung in den dem Natr. boric. unerreichbaren Schläfenbeinregionen, d. h. in der Regel auf eine tiefgehende Caries im Bereich der Pauke oder auf eine Mitbetheiligung des Warzenfortsatzes an dem Eiterungsprocess hinwies. Es kam auch vor, dass die Eiterung der eigentlichen Paukenhöhle schnell versiegte und nur in ihrem hinteren Abschnitte ein Eiterstreifen sichtbar blieb, welcher offenbar vom Aditus ad antrum herkam. — Der Verlauf bei oberflächlicher Caries im Bereich der Pauke gestaltet sich gewöhnlich so, dass das Secret eine schleimige (zuweilen glasige) oder wässerige Beschaffenheit annimmt und an Menge sich sehr verringert, aber doch nicht ganz versiegt; oder es tritt eine scheinbare Heilung der Eiterung ein, welcher aber in unregelmässigen Zwischenpausen leicht zu beseitigende, aber immer von Neuem wiederkehrende Recidive folgen. Diesen letzteren Verlauf habe ich besonders bei kleineren Sequestern beobachtet, wo die immer wieder erscheinende Eiterung sich wohl zwanzig Mal mit aller Sicherheit durch je eine bis zwei Eingiessungen wieder beseitigen liess.

Die Möglichkeit, oberflächliche Caries durch Natr. boric. definitiv zu heilen, scheint mir nicht zweifelhaft zu sein, da es durch fortgesetzte

Digitized by Google
UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY

Application des Mittels in vielen Fällen gelingt, das Haupthinderniss für die Abheilung, nämlich die Eiterung resp. Jauchung, dauernd fernzuhalten oder doch in eine weniger schädliche schleimige Secretion zu verwandeln. Freilich ist dazu sehr viel Zeit und Geduld nöthig, und auch ich kann von 28 Otorrhöen mit sicherer Caries nur 4 Fälle anführen, welche ich für definitiv geheilt halte (Beobachtungszeit ½ bis 2½ Jahre). In diesen 4 Fällen handelte es sich um oberflächliche Caries von geringer Ausdehnung (ein Mal am Hammergriff, ein Mal am Boden der Pauke, zwei Mal am Promontorium) und die Heilung erfolgte in der Weise, dass die Rauhigkeit des Knochens unter Hinterlassung einer flachen spiegelnden Delle verschwand. Die Behandlungsdauer betrug 3—10 Monate, und zwar behandelten sich zwei der Patienten nach den ihnen genau vorgeschriebenen Anweisungen selbst.

In 5 anderen Fällen liess sich trotz derzeitigen Fortbestehens der cariösen Herde doch wiederholt die Eiterung auf kürzere oder längere Zeit ganz beseitigen, und es ist wohl anzunehmen, dass sich auch bei diesen Kranken durch jedesmalige schnelle Beseitigung der recidivirenden Eiterungen schliesslich eine Abheilung der erkrankten Knochenstellen wird erzielen lassen.

In 10 Fällen waren während der bisherigen Behandlungsdauer noch keine Anzeichen von vor sich gehender Heilung an den cariösen Herden zu erkennen; die einzige Veränderung bestand darin, dass die Secretion eine mehr schleimige Beschaffenheit annahm und spärlicher wurde, ohne indessen auch nur vorübergehend ganz aufzuhören.

Bei 9 Patienten endlich stellte sich im Laufe der Behandlung Mitbetheiligung des Antrum mastoideum oder des Recessus epitympanicus heraus, worauf die Natr. boric.-Therapie abgebrochen und in den dazu geeigneten Fällen die operative Behandlung eingeleitet wurde.

Fassen wir also zum Schluss die Leistungen des Natr. boric. neutrale bei den verschiedenen Formen der chronischen Otorrhoe noch ein Mal kurz zusammen, so lässt sich sagen, dass dasselbe bei einfachen und mit Polypen oder Granulationen complicirten Mittelohreiterungen, sowie bei Eiterung des Gehörganges die bisher üblichen Mittel durch seine ausserordentlich schnelle und sichere Heilwirkung weit übertrifft, dass es auch oberflächliche Caries bei genügend langer Behandlungsdauer zur Abheilung bringen kann, dass es jedoch bei tiefgehender Schläfenbeincaries, sowie bei Eiterung aus den wenig oder gar nicht zugänglichen Nebenhöhlen der Pauke in der Regel versagt.

Ausdrücklich erwähnen möchte ich noch, dass die in dem letzten halben Jahre zur Behandlung gekommenen Otorrhöen wegen der zu kurzen Beobachtungszeit in obige Statistik nicht einbezogen sind.

Digitized by Google

Ueber einen Fall von Retropharyngealabscess durch Kieferhöhleneiterung.

Von

Dr. med. **Georg Liebe** in Freiberg (Sachsen).

Da ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur (welche natürlich in der Provinzialstadt Anspruch auf Vollständigkeit nicht erheben darf) keinen Fall erwähnt finde, in welchem ein — übrigens recidivirendes — Kieferhöhlenempyem einen „Retropharyngealabscess" erzeugt hätte, halte ich mich für berechtigt zur Mittheilung des Folgenden.

Zur Vorgeschichte diene die Krankengeschichte des Empyems. B. K., Arbeiterin einer Papierfabrik[1]), kam am 1. Januar 1893 in meine Sprechstunde mit Klagen über abwechselnd verstopfte Nase, gelben Ausfluss aus beiden Seiten, öftere Halsentzündungen. Bei der durch die natürlichen Oeffnungen möglichen Ausspülung fand sich eine doppelseitige Eiterung in den Kieferhöhlen und eine solche in der linken Stirnhöhle, in der Nase waren im mittleren Nasengange beiderseits Wucherungen polypöser Art zu sehen. Am 3. Januar wurde die linke Seite nach Extraction des cariösen ersten Molarzahnes von der Alveole aus angebohrt, am 9. Januar die rechte Seite in der Lücke des schon früher entfernten ersten Molarzahnes, beide Male in Pentalnarcose. Die Ausspülung ergab viel sahnigen Eiter. Die Patientin, welche auswärts wohnte und durch ihren Beruf am allzu häufigen Kommen verhindert war, bekam beiderseits einen nagelförmigen Stift in die Bohrcanäle, nach dessen Entfernung sie täglich mit übermangansaurem Kali selbst ausspülte und Jodoform einbliess. (Einen handlichen Apparat für Beides lieferten mir Gebr. Weisse hier für 6 Mk.) Bei den Consultationen am 29. Januar, 25. Februar, 11 März, 18. und 22. April wurden die Wucherungen galvanocaustisch entfernt. Die Controlausspülungen ergaben keine Besserung, obwohl andere Fälle in wenigen Wochen unter gleicher Behandlung heilten. Nachdem Trockenbehandlung, Tamponade, Jodoformäther mit gleichem Ergebnisse versucht worden waren — Patientin lehnte eine weitere operative Eröffnung ab, ebenso den Vorschlag einer sorgfältigen täglichen Krankenhausbehandlung — musste einfach zu den alten Ausspülungen zurückgekehrt werden. Und wirklich verschwand allmählig der Eiter, und als nur noch ganz unmerkliche schleimige Flöckchen kamen, wurde am 22. Juni rechts und am 20. Juli links der Stift weggelassen, so dass der Canal sofort zuheilte. Aus der Stirnhöhle, welche bei jeder Consultation mit ausgespült worden war, kamen immer noch kleine Bröckchen. Am 27. Juli ging die Patientin, vollkommen zufrieden und wohl, aus der Behandlung.

Am 1. October stellte sie sich wieder ein, konnte kaum reden und wegen starker Halsschmerzen gar nicht schlucken. Im Pharynx sah man, neben dunkeler Röthung aller Schleimhäute, eine Vorwölbung hinter

[1]) Unter den Arbeitern dieses Fabrikzweiges, welcher mit viel Staub verbunden ist, scheinen Nebenhöhleneiterungen vielfach vorzukommen. Genaue statistische Beobachtungen konnten allerdings von mir bisher nicht notirt und auch sonst in der Literatur nicht gefunden werden.

Digitized by Google
UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY

der rechten Mandel, welche schmerzhaft war und sich teigig anfühlte. Eine Incision war erfolglos, es wurden warme Gurgelungen und Breiumschläge verordnet. Am nächsten Tage Verschlimmerung der Beschwerden. Als ich bei der Untersuchung den Nasenspiegel einsetzte, bemerkte ich Eiter im mittleren Nasengange, und eine sofort vorgenommene Ausspülung der Kieferhöhle ergab massenhaften sahnigen Eiter und brachte sofort Erleichterung. Ich sah somit von weiteren Incisionen ab, und bei täglicher Ausspülung wurde — ohne jeden sonstigen Eingriff und ohne spontane Eröffnung in den Hals — der Zustand des Halses binnen vier Tagen vollkommen normal. Auch links ergab übrigens die Kieferhöhlenausspülung wieder Eiterung im gleichen Maasse.

Das fast sofortige Verschwinden des „retropharyngealen" und „peritonsillären" Abscesses nach der Kieferhöhlenausspülung zeigt deutlich den Zusammenhang desselben mit der Höhleneiterung. Merkwürdig ist dabei, dass sich der Eiter, wohl nach Wiederfüllung der Höhle, nach dem Pharynx zu einen Ausweg suchte, obwohl die natürliche Oeffnung weit genug war, um die Canüle sofort hineingleiten zu lassen und keineswegs durch Wucherungen verlegt war. Wahrscheinlich ist bei der anfänglichen Affection Knochencaries an dieser Stelle vorhanden gewesen, so dass der neuerdings gebildete Eiter durch seine Schwere dort hinaus drückte.

Selbstverständlich wurde der Patientin nun nochmals ausdrücklich eine Eröffnung von der Fossa canina aus angerathen, sie verzichtet aber zur Zeit auf jede Behandlung — obwohl sie dieselbe gratis hat! — und will ihre Eiterung tragen, bis sie sich wieder einmal an so unpassender Stelle bemerklich macht, ein Entschluss, der durch ihren Bildungsgrad und Amors Walten eingegeben ist.

---

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893.

Die gastliche Stadt, die Wiege und Stätte einer der ältesten naturhistorischen Gesellschaften, in welcher die Wissenschaft auch jetzt mit regem Eifer gepflegt wird, hat die Ehre dieses Congresses auch äusserlich zu schätzen verstanden. Sie prangte während der Dauer der Versammlung in Flaggenschmuck; in allen Schichten der Gesellschaft nahm man regen Antheil an den Geschehnissen, und umgeben von altehrwürdigen Zeugen ruhmreicher und ernster Vergangenheit, von grossartigen und ewig werthvollen Ueberresten alter Kunst- und Gewerbsübung, wurden die Theilnehmer des Congresses auch in Stunden der Erholung und des collegialen Beisammenseins stets an die idealen Ziele erinnert, denen die alte Noris neben Handel und Industrie stets ein lebendiges Interesse zugewendet hat. In gerechtfertigter Erwartung strömten auch aus allen Theilen des deutschen Reiches die Aerzte herbei, um hier im Kreise alter und neuer Freunde wissenschaftliche Anregung und Er-

Digitized by Google

holung zu suchen und zu finden. Der ernste Character der Zusammenkunft gewann durch die Anwesenheit der zahlreichen begleitenden Damen einen heiteren anmuthigen Schimmer und auch sonst leuchtete stets ein freundlicher Stern dem Verlaufe der Versammlung.

Abtheilung: Ohrenheilkunde.

Dieselbe war quantitativ mässig, dafür qualitativ gut vertreten. Die Begründer der modernen naturwissenschaftlichen Otiatrie fehlten zwar, einen ausgenommen, vollständig, doch dafür hat sich eine nette Zahl tüchtiger und strebsamer Forscher der zweiten und dritten Generation mit lohnenden Arbeiten eingestellt, die grösstentheils auf der Höhe der Situation waren. Nur die Discussion machte den Eindruck der Zerfahrenheit, und auch hier haben sich die Nachtheile einer allzu grossen Redefreiheit bewahrheitet. Ich referire die Vorträge in chronologischer Reihenfolge:

Docent Dr. Rohrer (Zürich): Ueber Bildungsanomalien der Ohrmuschel.

Nach Aufzählung der bezüglichen Literatur beruft sich Vortragender auf die durch ihn veranlasste, sein eigenes Material verarbeitende Publication von Petrona Eyle über Bildungsanomalien der Ohrmuschel bei 100 untersuchten schweren Verbrechern. Bei diesen constatirte Vortr. das auffallend häufige Vorkommen von horizontal verlaufendem Antitragus. Diese Abnormität wurde bereits von Schwalbe in seinem Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane gebührend hervorgehoben. Aus seinen 3000 Krankentabellen ergab sich die relativ grosse Häufigkeit von Bildungsanomalien der Ohrmuschel bei gar nicht belasteten Individuen, womit die Anschauung von Lannois theilweise bestätigt wird. Die Abnormitäten an der Concha und in der Configuration von Crus helicis und Anthelix wurden in Eyle's Arbeit bereits erwähnt. In den Abbildungen sind die prägnantesten Abnormitäten reproducirt.

In einer neuen Serie von Photographien zeigt der Vortr. die Typen der Hemmungsbildungen der Auricula im Gebiet des Helix, Anthelix und der Concha. Das Fehlen der Concha wird als reine Hemmungsbildung, entsprechend der von His geschilderten fötalen Phase der Ohrmuschel im fünften Schwangerschaftsmonat, erklärt. In 7 Tabellen werden 14 Ohrmuscheln in 6—7facher Vergrösserung, theils in Tusche, theils in Sepia, zur Illustration der erwähnten Abnormitäten der Auricula vorgewiesen.

Discussion:

Docent Dr. Bloch (Freiburg) frägt den Vortr., ob gleichzeitig der Einfluss auf das Hörvermögen, insbesondere auf die Schalllocalisation untersucht worden ist. Es wäre anzunehmen, dass namentlich Veränderungen des Tragus und der Helixform Einfluss ausüben.

San.-Rath Levy (Hagenau) hat 1) bei den Untersuchungen in Hagenau bei den weiblichen Gefangenen keine besonders grosse Zahl von Verunstaltung der Ohrmuschel, als bei Nichtdeliquenten gefunden. 2) Auf die Hörfähigkeit scheint die Abnormität der Ohrmuschel keinen

Digitized by Google

Einfluss zu haben. 3) Man muss bei der Aufstellung von Gefangenenstatistiken auch die Categorie des Verbrechers in Betracht ziehen.

Docent Dr. Rohrer: Wenn auch die Bildungsanomalien der Ohrmuschel bei ganz gesunden, in keiner Weise belasteten Individuen sehr zahlreich vorkommen, so ist doch zweifellos, dass diese Abnormitäten bei den psychopathischen Individuen und bei Deliquenten häufiger vorkommen, als bei absolut normalen Menschen.

Dr. Kaiser (Breslau): Ein Fall von CO-Vergiftung mit Acusticusaffection.

Patientin, 36 Jahre alt, bisher stets gesund, erlitt im December 1892 zugleich mit ihrer 11jährigen Tochter eine CO-Vergiftung. Das Mädchen wurde todt, die Frau im bewusstlosen Zustande aufgefunden; nach 36 Stunden Erwachen. Die Untersuchung am 18. Januar 1893 ergab: Normales Trommelfell, grosse Schwerhörigkeit, Flüstern kaum am Ohr, aufgehobene Hörfähigkeit für hohe Töne, verminderte Knochenleitung; Rinné positiv, deutliche Verkürzung der Perceptionsdauer. Nach Faradisation in kurzer Zeit Besserung des Gehörs und Nachlass des Sausens, so dass Pat. im Februar 1893 wieder arbeitsfähig war. Im August 1893 zeigte eine Untersuchung das Gehörvermögen beträchtlich gebessert. Flüsterspr. rechts 20, links 40 Ctm., Sausen verschwunden, hohe Töne schwach wahrnehmbar. Rinné positiv. Perceptionsdauer rechts verkürzt. Zweifellos eine durch CO-Vergiftung hervorgerufene Erkrankung des nervösen Apparates, die wahrscheinlich durch ein der sonstigen Wirkungsweise des CO entsprechendes Extravasat veranlasst war. Von besonderem Interesse ist die bisher noch nicht beobachtete isolirte Affection des Acusticus bei CO-Vergiftung. Besondere Prädisposition nicht nachweisbar.

Discussion:

Dr. Schubert (Nürnberg) frägt an, ob die Sehstörung genau untersucht wurde, und weist auf analoge Beobachtungen bei Vergiftungen mit Schwefelkohlenstoff, Blei, Tabak u. a. m. hin, mit centralem Gesichtsfelddefect und Sitz der Erkrankung im orbitalen Abschnitt des Sehnerven. Würde auch hier ein centraler Gesichtsfelddefect vorgelegen haben, so könnte man ex analogia auf einen Sitz der Hörstörung im Acusticus schliessen können.

Die Bemerkungen von Prof. Gradenigo und Prof. Barth bezogen sich auf die Veränderung des Blutes bei CO-Vergiftung.

Dr. A. Scheibe (München): Fibrom des Gehörgangeingangs.

Die wallnussgrosse, keulenförmige Geschwulst sass bei einem 56jährigen Manne mit ziemlich schmaler Basis am Gehörgangseingang, theilweise von der inneren Tragusfläche entspringend. Die Consistenz war ziemlich hart, und die Oberfläche, abgesehen von Drüsenmündungen und einigen grösseren Crypten, glatt. An einer Stelle eine flache Ulceration. Entwicklung seit sechs Jahren.

Bei der histologischen Untersuchung besteht der Tumor in der Hauptsache aus Bindegewebe; ausserdem enthält er reichliche und theilweise recht grosse Talgdrüsen und Haare mit ihren Haarbälgen. Bekleidet ist er von einer verhornenden Epidermisschicht. Er enthält also

Digitized by Google

alle Bestandtheile der Haut, welche an dieser Stelle vorkommen, mit Ausnahme von Schweissdrüsen. Zu erwähnen sind noch schmale Crypten, welche sich von der Oberfläche tief in die Geschwulst hineinerstrecken. In denselben sind Reteschicht und Papillarkörper stark gewuchert, und die Talgdrüsen finden sich hier besonders zahlreich. Auch Haare wachsen in den Crypten. — Es handelt sich demnach um ein Fibrom, in welchem Neubildung von Talgdrüsen stattgefunden hat. Bisher hat nur Klingel zwei ähnliche Fälle beschrieben und die Bezeichnung Adenoma sebareum fibrosum gewählt. Kuhn zählt diese beiden Fälle wegen ihrer warzigen Form zu den Papillomen. Oben beschriebener Fall darf nicht zu den Papillomen gezählt werden, da an der Oberfläche jede Wucherung des Papillarkörpers fehlt. — Ein Recidiv ist bis heute — 7 Jahre nach der Abtragung — noch nicht eingetreten.

Discussion:

Dr. Joel (Gotha) beobachtete in der vorderen Gehörgangswand breit aufsitzendes, über bohnengrosses Fibrom, welches keinerlei Beschwerden verursachte, ausser Blutungen, die, häufig auftretend, Tage lang anhielten. Die Operation wurde mit der galvanocaustischen Schlinge ausgeführt und nachträglich der Mutterboden mit dem Galvanocauter verätzt. Ein Recidiv trat in einigen Monaten nicht ein. Die microscopische Untersuchung ergab überwiegend bindegewebigen Bau mit ausserordentlich zahlreichen und sehr erweiterten Gefässen, so dass die Bezeichnung als Angio-Fibrom gerechtfertigt sein dürfte.

Dr. A. Scheibe (München): Osteosarcom des Gehörgangs.

Die zu beschreibende Geschwulst hatte mit dünnem knöchernen Stiel der vorderen oberen Wand des knöchernen Gehörgangs aufgesessen bei einem 17jährigen jungen Manne. Das einzige Symptom war Schwerhörigkeit, verursacht durch Verstopfung des Gehörgangs. Das übrige Ohr erwies sich als normal. Die Geschwulst ist ziemlich hart und hatte eine etwas gelappte, roth und weisslich gefleckte Oberfläche. Der Stiel ist knöchern und so dünn, dass es gelingt, die Geschwulst mit der kalten Schlinge abzutragen, wobei allerdings der Draht reisst. — Dadurch, dass der Tumor in zwei Hälften getheilt und die eine Hälfte parallel, die andere senkrecht zur Schnittfläche geschnitten wurde, konnte der interessante Aufbau genau studirt werden. Die Hauptmasse des Tumors ist Sarcomgewebe, und zwar Spindelzellensarcom Nur an der Peripherie ist das Bild stellenweise durch entzündliche Infiltration getrübt, welche wahrscheinlich durch äussere Läsionen verursacht ist. Es zeigt sich, dass das Sarcomgewebe erst oberhalb des Stieles beginnt. Der Stiel besteht nämlich nur aus Knochen, und zwar wird er gebildet von einer kurzen Knochenröhre mit engem mittelständigen Markraum. Schon nach kurzem Verlauf breiten sich die Knochenwände des Stiels in Form eines Bechers aus. Von diesem Knochenbecher gehen sowohl von der inneren Wand als auch vom äusseren Rand Knochenbalken aus. Dieselben sind allseitig vom Sarcomgewebe umgeben und erstrecken sich bis in die Mitte der Geschwulst. Sie besitzen sehr ausgeprägt die Zeichen des Wachsthums. Bekleidet ist die Geschwulst von einer verhornenden Epidermisschicht. Am Knochenstiel findet sich noch

Digitized by Google

unter derselben noch eine Lage Bindegewebe. — Es kann somit nach dem histologischen Befund und der Krankengeschichte keinem Zweifel unterliegen, dass dies eine wirkliche Neubildung, ein gestieltes Osteosarcom ist. — Von einem Recidiv war vier Monate nach der Abtragung nichts zu bemerken.

Bisher ist nur ein Fall von Osteosarcom des Gehörgangs von Barck mitgetheilt worden. Dasselbe, ein etwas breiter aufsitzendes Rundzellensarcom, trat ebenfalls in jungen Jahren auf und hat auch zu keinem Recidiv geführt. Es entspricht das den Erfahrungen der Chirurgen, dass Osteosarcome eine wesentlich bessere Prognose bieten, als reine Sarcome.

Dr. A. Scheibe (München): Zwei Fälle von behaarter Granulationsgeschwulst im Mittelohre.

Der 41jährige Patient leidet seit seiner Kindheit an chronischer Mittelohreiterung mit Cholesteatombildung. Es wurden bei ihm schon ca. 5 Mal Geschwülste aus dem Ohr entfernt, die letzte vor 3 Jahren. Seitdem ist das Ohr bis vor 4 Wochen trocken geblieben. Jetzt ist wieder eine Geschwulst vorhanden. Dieselbe ist kleinbohnengross, weich und anscheinend von unregelmässiger Epidermis überzogen. Ihr Stiel scheint im Aditus ad antrum zu sitzen. Vortr. erwartete nämlich einen gewöhnlichen Polypen und zu grosser Ueberraschung sah er, dass die Geschwulst mit Haaren besetzt war, welche regelrecht aus derselben hervorwuchsen. Das grösste geht beim Ziehen leicht heraus. — Bei der histologischen Untersuchung ergab sich diese grosse Rarität als ganze Raritätensammlung. Vortr. beschränkt sich hier auf das, was auf die Bildung der Haare Bezug hat. Das Grundgewebe ist Granulationsgewebe. Und dieses schliesst dicke und dünne Haare und veränderte Haarbälge und Talgdrüsen ein. Ausserdem zeigt er noch verschiedene regressive Veränderungen feiner Gewebebestandtheile. Die Haarbälge sind sicher als solche durch Stachelzellen characterisirt. Es kann somit kein Zweifel bestehen, dass die Haare wirklich in der Granulationsgeschwulst gewachsen sind. Zur vollen Sicherheit wird dies, als Pat. nach 3 Jahren wiederum mit einer behaarten Geschwulst erscheint. Diesmal entspringt der ebenfalls gestielte Tumor vom unteren Theil des Promontorium. — In der Literatur sind bisher nur zwei ähnliche Geschwülste (Kuhn und Weydner) bekannt geworden. Nachdem der von Weydner beschriebene Tumor bei einem und demselben vom Vortr. oben beschriebenen Patienten gewachsen war, ist bisher dennoch nur ein Fall von behaarter Geschwulst im Mittelohr bekannt. Bei der Untersuchung alter Ohrpolypen hat er einen zweiten Fall entdeckt, bei welchem der histologische Befund dem vorhin erwähnten vollständig gleicht. Die Geschwulst war bei einem 26jährigen Manne gleichfalls bei chronischer Mittelohreiterung mit Cholesteatombildung entstanden. Ein Jahr früher war dieselbe noch nicht vorhanden, und ein Jahr später war von einem Recidiv noch nichts zu bemerken. — Das Gemeinsame in beiden Fällen ist, dass der Tumor nicht angeboren, sondern auf dem Boden eines Cholesteatoms entstanden ist. Im ersten Falle zeigte er grosse Recidivfähigkeit, was um so bemerkenswerther, als wenigstens bei den letzten beiden Recidiven Eiterung nicht

Digitized by Google

die Ursache, sondern erst die Folge der Geschwulst war, mit deren Entfernung sie sofort sistirte. Die Prognose kann, wenigstens was das Uebergreifen auf das Nachbargewebe betrifft, günstig gestellt werden.

Dr. A. Scheibe (München): Ein histologisch untersuchter Fall von Sclerose.

Die angekündigten Schnitte von je einem Fall von Sclerose und nervöser Schwerhörigkeit bieten deshalb ein besonderes Interesse, weil sie auch im Leben untersucht worden sind. Da unterdess Herr Prof. Bezold beide Fälle eingehend in Frankfurt besprochen hat, beschränkt sich Vortr. darauf, einige Schnitte von der Sclerose vorzulegen. Der Fall wurde kurz vor dem Tode durch eine acute Mittelohrentzündung complicirt und es handelte sich bei der klinischen Untersuchung um typische „Sclerose" mit normalem Trommelfell. Als Grundlage der Sclerose fand sich eine Neubildung von Knochengewebe, welche sich auf die Umgebung des ovalen Fensters beschränkt. Durch dieselbe ist der Steigbügel in grosser Ausdehnung mit dem Pelvis ovalis knöchern verwachsen. An den nicht verwachsenen Stellen der Steigbügelvestibularsymphyse zeigt wenigstens der Knorpelbelag Veränderungen oder er fehlt auch ganz. Das neugebildete Knochengewebe besteht theils aus spongiöser, theils aus osteoider Substanz und setzt sich einfach an Stelle des hier normal vorhandenen compacten Knochens. Nur nach der Paukenhöhle zu fast gar nicht, dagegen nach dem Labyrinth zu ist er auch in die umgebenden Hohlräume hineingewuchert. Das neugebildete Knochengewebe schneidet gegen das gesunde Knochengewebe sehr scharf ab. — Das Periost ist nur in der Nische zum ovalen Fenster verdickt und hat auch zu einer Verwachsung der Steigbügelschenkel geführt, im übrigen Mittelohr dagegen — das soll besonders betont werden — weist weder die Oberfläche, noch die tiefe Lage der Schleimhaut Veränderungen auf, welche als Sclerose aufzufassen wären. Vortr. glaubt überhaupt, dass die sclerotische Veränderung der Mittelohrschleimhaut, ebenso wie die Entstehung von der Tuba aus, bei der sogenannten Sclerose bisher nicht sicher bewiesen ist, dass sie vielmehr nur eine hypothetische Annahme ist. Die klinischen Erfahrungen scheinen für diese Ansicht zu sprechen. Man sieht bei der Rhinoscopia posterior immer das Tubenostium normal, und ebenso kann das Trommelfell typisch normal sein, oder es weist unwesentliche Veränderungen auf, wie sie im ganz gesunden Ohr auch vorkommen. Vortr. betont, dass er die seltene Form von chronischem trockenen Mittelohrcatarrh mit eingesunkenem Trommelfell nicht zur Sclerose zähle. Bei diesen Fällen ist er überzeugt, dass sie durch die Fortleitung der Entzündung von der Tuba aus entstehen. — Eine sichere Erklärung für die Entstehung der Neubildung des Knochens kann Vortr. vorläufig nicht geben.

Discussion:

Prof. Habermann (Graz): Seit dem Erscheinen des Schwartze'schen Handbuches der Ohrenheilkunde, in dem Redner die Ergebnisse seiner damaligen Untersuchungen über Mittelohrsclerose bereits kurz mitgetheilt hat, sind ihm weitere Fälle zur Untersuchung zugekommen, in denen er einen gleichen Befund aufweisen konnte. Zur Erweiterung des

Digitized by Google

Früheren will er nur in Kürze über einen Fall sprechen, bei dem die Erkrankung im Knochen eine besonders grosse Ausdehnung erreicht hatte. Bei einer 61jährigen Bedienerin, die seit 15 Jahren schon an zunehmender Schwerhörigkeit gelitten hatte und seit 10 Jahren so taub gewesen war, dass sie nur auf dem rechten Ohre laute Sprache, an's Ohr geschrieen, verstand, bei der ausserdem auch starke subjective Geräusche und zeitweise Schwindelerscheinungen vorhanden gewesen, fanden sich in den Gehörorganen bei der Section jene Veränderungen, wie diese schon in der pathologischen Anatomie in Kürze angeführt wurden und wie sie auch Dr. Scheibe in seinem Falle vorgeführt. Sie gingen auch hier vorwiegend von den beiden Fensternischen aus, reichten nach vorne bis zur Spitzeneinmündung der Schnecke und ergriffen nach oben die Ampullen des äusseren und oberen Bogengangs. Weiter ging von den zelligen Räumen im Knochen an der unteren Grenze der inneren Paukenhöhlenwand die Erkrankung im Knochen nach oben und innen bis zur basalen Windung der Schnecke und bis in den inneren Gehörgang. In der Paukentreppe der basalen Schneckenwindung fand sich im Nachschluss an den erkrankten Knochen eine neugebildete Knochenplatte, die einen grossen Theil der Paukentreppe ausfüllte, und Bindegewebsstränge, im inneren Gehörgange eine grössere, nur mit spärlichem Bindegewebe eingekleidete Lücke. Die Steigbügel beider Ohren waren knöchern ankylosirt; die Ganglionzellen im Rosenthal'schen Canal der basalen Windung an Zahl schon vermindert; die Nerven im inneren Gehörgang zum Theile degenerirt, sammt zahlreichen Amyloidkörperchen. Bemerkenswerth war ferner, dass sich noch im Schuppentheile des Schläfenbeines, entsprechend der oberen Umrandung des Trommelfells, unregelmässig begrenzte, mit Bindegewebe ausgefüllte Lücken im Knochen vorfanden. Auch in diesem Falle muss Vortr. an der Anschauung festhalten, dass das Periost im Knochen von einer chronischen Entzündung der Paukenhöhlenschleimhaut ausging. Luetische Veränderungen wurden an der Leiche keine vorgefunden und sind auch in der Krankengeschichte keine angegeben worden.

Dr. Bloch (Freiburg) sieht doch wenigstens bei Sclerosen, also bei — Rinné für tiefe Töne, mit oder ohne Veränderung am oberen Ende der Scala, mit oder ohne Stapesankylose, Trübungen des Trommelfells, entweder des ganzen, oder partielle, z Th combinirt mit Atrophie.

Prof. Gradenigo (Turin) glaubt, dass nur eine chronische catarrh. Mittelohrentzündung existirt, welche bei Individuen mit irgend welcher erblichen Anlage malign, bei anderen nicht belasteten Individuen benign auftreten, ja Jahre lang bestehen können, ohne die Mitbetheiligung des Labyrinthes nach sich zu ziehen.

Dr. Rohrer (Zürich): Ueber Perception hoher und tiefer Töne bei Affectionen des Nervus acust. und des Labyrinthes.

Die Unterscheidung von Erkrankungen des inneren Ohres und der Gehörnerven entbehrte bis vor einigen Jahren sicherer Anhaltspunkte. In beiden Fällen war hochgradige Sprachtaubheit, bedeutende Herabsetzung oder Verlust der Kopfknochenleitung, Verlust der hohen Töne, Lateralisation des Weber'schen Versuches nach der gesunden oder besser hörenden Seite, positiver Ausfall des Rinné'schen Versuches und der

Digitized by Google

Gelle'schen Préssion centrepéte neben der Aetiologie und den subjectiven Angaben des Kranken und dem objectiven Befund maassgebend. Bei ascendirender Myelitis der Tabetiker wurde das auffallende Eintreten acuter hochgradiger Sprachtaubheit bei Verlust der Kopfknochenleitung und erhaltener Perception der hohen Töne beobachtet und hierin ein wesentlicher Anhaltspunkt für die Diagnose auf primäre Erkrankung des N. acusticus gewonnen.

Vor drei Jahren beobachtete Vortr., dass bei gewissen Formen von Tuben- und Mittelohraffectionen, namentlich jugendlicher Individuen, neben hochgradiger Sprachtaubheit und Verlust der Kopfknochenleitung die hohen Töne erhalten waren. Der zuerst beobachtete Fall dieser eigenthümlichen Form von Schwerhörigkeit wurde von dem Vortr. in den „Archives internationales" als Torpor n. acustici 1891 beschrieben. Auf der I. deutschen Otologen-Versammlung in Frankfurt a. M. 1892 erfolgte ein Referat über Torpor n. acustici, gestützt auf eine Statistik von ca. ein Dutzend Fällen. — Eine neue Statistik von 60 Fällen bestätigt die früheren Angaben und eine weitere Statistik über 50 Fälle von Affection des Labyrinthes (20 Fälle) und von Torpor des N. acusticus (30 Fälle) diente zur Untersuchung der Perception hoher und tiefer Töne — 7000—84000 Vibrationen —, geprüft mit Galtonpfeife und Klangstäben, 12—36 Vibrationen, geprüft mit „Bezold's tiefster Stimmgabel von Appun". Hierbei ergab sich, dass das mittlere Alter bei Torporkranken in 60 pCt. der Fälle unter 25 Jahren ist und im Ganzen ein Mittel von 27 Jahren ergiebt, während bei Labyrinthpatienten das mittlere Alter 38 Jahre beträgt. — Die hohen Töne der Galtonpfeife wurden bei Torpor durchschnittlich von Scala 18 an gehört, bei Labyrinthaffectionen von Scala 33 an. Tiefste Töne von Vibr. 12—36 wurden Knochenleitung bei der Mehrzahl der Fälle von Labyrinth- und Torporerkrankung gehört. In Luftleitung bei Labyrintherkrankung in zwei Drittel der Fälle gar nicht, bei Torpor n. acustici in einem Drittel der Fälle nicht gehört.

Discussion:

Prof. Gradenigo beobachtete die von Rohrer bezeichneten Torpor n. acustici als eine Hypästhesia acuter hysterischer Natur, verbunden mit organischen Läsionen des Mittelohres. Er hat schon in einer im „Sordomuto" 1892 publicirten Arbeit den Rohrer'schen Fall in dieser Weise besprochen, und erinnert an die ähnlichen von Magnus, Schwarze, Habermann u. A. beschriebenen Fälle. — Es zeigte sich hierbei, dass bei einer gemischten Form von functionellen Symptomen seitens des Schallbildungsapparates (Verkürzung der Perception für tiefe Töne) neben Symptomen seitens des Perceptionsapparates (gleichförmige Verminderung der Hörfähigkeit für sämmtliche Töne) nebeneinander vorhanden sind.

Dr. Bloch (Freiburg) frägt den Vortr., wie er es erkläre, dass ein — Ausfall des Pressionsversuches für Luftleitung bei + Ausfall für DV notirt werde. Wenn das Trommelfell unbeweglich (Press. centrep. —) ist, so kann auch der Steigbügel nicht bewegt werden, also muss auch PCDV — sein, die Formel PC Luftleitung —, PCDV + am gleichen Ohre erscheint unerklärlich.

Digitized by Google

Dr. Rohrer (Zürich) erwidert auf eine Anfrage bezüglich des Ausfalles der Pression centrepète, dass in 85 pCt. der Fälle von Torpor n. acustici für Luft- und Knochenleitung + war, in 4 Fällen war der Ausfall für Luftleitung negativ, für Knochenleitung positiv und in den übrigen Fällen für Luftleitung positiv, und für Knochenleitung negativ.

Prof. Gradenigo: Die Pathogenese der Otitis interna im Allgemeinen.

Autor schliesst in seinen Betrachtungen diejenigen Läsionen des Labyrinthes aus, welche in Folge von Traumen oder in Folge der Ausbreitung eines krankhaften Processes von der Schädelhöhle her entstehen können und meint, dass bei allen anderen Formen der Otitis interna als prädisponirendes Moment eine mehr oder weniger starke Erkrankung des Mittelohres anzunehmen sei. Die Pathologie des inneren Ohres verknüpft sich deshalb mit der Pathologie der Nasen- und Rachenhöhle. Die objective Prüfung lässt bei anscheinend primitiven acuten oder chronischen Fällen von Otitis interna gewöhnlich Zeichen einer Alteration der Trommelhöhle und der Nasen- und Rachenhöhle erkennen, die auf chronisch-catarrhalische Zustände hinweisen, wenn auch der auf die zuweilen leichten Läsionen des schallleitenden Apparates zu beziehende functionelle Defect wegen der Mangelhaftigkeit unserer Untersuchungsmittel oft nicht mit Sicherheit bestimmbar ist. Wenn man ferner bei einseitiger Otitis interna das zweite Ohr untersucht, dann trifft man meistentheils Veränderungen der Trommelhöhle chronischen Characters, welche wegen ihrer Geringfügigkeit von den Patienten oft gar nicht wahr genommen werden, und ist es sehr wahrscheinlich, dass auch auf der anderen Seite ähnliche Alterationen bestanden haben. Zwei Hauptfactoren, die gewöhnlich mit einander vereint wirken, verursachen die Combination der Erkrankungen des inneren mit denen des mittleren Ohres: die hereditäre Prädisposition zu Ohrerkrankungen und hereditäre oder erworbene Infectionen des Organismus. Die erstere hat, wie Vortr. behauptet, einen viel bedeutenderen Antheil, als man nach den statistischen Angaben glauben möchte. Bezüglich der Infection sagt er, dass die Schwere ihrer Localisation im Labyrinthe weder mit der Schwere der Erkrankung des Mittelohres, noch mit der Qualität des krankhaften Processes, sondern vielmehr mit der Schwere des letzteren im Zusammenhange stehe. Die klinischen Beobachtungen über Otitis interna bei Spätformen der hereditären Syphilis sind in dieser Beziehung besonders demonstrativ. — Vortr. untersuchte die Zustände des Mittelohres bei Otitis interna nach Parotitis, Influenza, Leukämie, erworbener oder hereditärer Syphilis, Tuberculose u. s. w. und constatirte die von ihm erkannten Thatsachen, dass ein grosser Theil der sogenannten Sclerosen des Ohres mit einer leichteren, hereditären Spätform der Syphilis in Beziehung stehen. Er bemerkt ferner, dass auch das Entstehen von Läsionen des Labyrinthes nach Explosionen, nach andauernden Schallwirkungen (professionelle Otitis interna), sowie auch die Localisation von nervösen Störungen im Ohre bei hysterischen Individuen mit oft nur sehr leichten entzündlichen Alterationen des Mittelohres zusammenhänge, welche als prädisponirende Ursache wirken.

Digitized by Google

Die Pathologie des Mittelohres beherrscht somit jene des inneren Ohres.

Discussion:

Prof. Barth: Man muss sich bei den überaus häufigen Befunden von catarrhalischen Veränderungen in Nase und Pharynx und selbst im Mittelohr und Trommelfell hüten, solche Veränderungen stets mit dem Befunde einer nervösen Schwerhörigkeit in causalen Zusammenhang zu bringen, was nach dem eben gehörten Vortrag leicht geschehen könnte. Auf der anderen Seite möchte Redner nach seinen Erfahrungen eine Anzahl der Herren Collegen darauf aufmerksam machen, dass es nicht genügt, die Wichtigkeit krankhafter Veränderungen in Nase und Pharynx für das Ohr anzuerkennen; man muss diese Erkrankungen auch behandeln und wird noch in manchen Fällen von Schwerhörigkeit Erfolg haben, deren Behandlung von einzelnen Seiten sogar als ganz aussichtslos vollständig aufgegeben wird.

Dr. Rohrer: Die Untersuchungsreihen des Vortr. über je 100 Fälle von positiv und 100 Fälle von negativ Rinné bei Labyrinthaffectionen ergaben Anhaltspuncte für die Differentialdiagnose zwischen primären und secundären Labyrinthaffectionen und bestätigen nach Aetiologie, Befund und physicalischen Prüfungen die Angaben Gradenigo's.

Dr. Bloch bedauert, dass nicht eingehender und regelmässiger die Flüstersprache nach Maassgabe der Oskar Wolf'schen Untersuchungen für Hörprüfungen verwandt wird. Man kann, wenn man scharf zwischen Lauten von hohem und solchen von tiefem Klangcharacter unterscheidet, bequem zu einer vorläufigen Entscheidung zwischen Mittelohr- und Labyrintherkrankungen gelangen. Zahlen und andere leicht zu errathenden Worte sollten am besten vermieden werden.

Hofrath Schmaltz (Dresden) bemerkt im Anschluss an die Erwähnung der Hörprüfung mittels Flüstersprache, dass er seit längerer Zeit zur ersten Fixirung der Hörweite — bevor zur Untersuchung mit Stimmgabeln u. s. w. geschritten wird — mit Vortheil verschiedene Reihen, z. Th. in Anlehnung an die Wolf'schen Arbeiten, aufgestellter ähnlich klingender Worte sich bedient, wie z. B. (wenn Worte, die mit Zischlauten beginnen, angewendet werden sollen): „Sonntag, Soldat, Salat, Sultan, Sonate, Sonnabend" etc. Das Vermögen, dergleichen Schalleindrücke zu differenziren, scheint ihm die (vorläufig festzustellende) Hörgrenze leichter und schneller zu bezeichnen, als dasjenige, mit dem verschieden lautende Worte, Zahlen u. s. w. aufgefasst werden.

Ausserdem sprach noch Levy (Hagenau), der fragte, ob antiluetische Behandlung etwas nützte, und Scheibe, der die Ansicht Barth's bestätigte.

(Fortsetzung folgt.)

UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY
Digitized by Google

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Hörfähigkeit.
Referat von Dr. Schwabach und S.-R. Dr. A. Magnus.

Der grössere, inhaltsreichere Theil dieser Arbeit ist der über Hörprüfung von Schwabach. Derselbe bespricht die Prüfung der Hörfähigkeit mit Hörmessern, mit der Sprache, mit dem Phonographen und mit Stimmgabeln.

Die Frage vom Werthe der Hörmesser, die ja allgemein geläufig ist, streift der Autor nur flüchtig; eingehender bespricht er die Prüfung mit der Sprache und hebt hervor, wie unzuverlässig die Anwendung der Flüsterzahlen, die leider noch vielfach geübt wird, gegenüber der von Flüsterworten bezüglich der Resultate sich erweist.

Zahlworte werden vermöge der geringen Auswahl, die zu Gebote steht, sich viel leichter errathen lassen, als andere Worte; die nach der Behandlung bei Prüfung mit Zahlen constatirte Hörverbesserung würde bei Prüfung mit Worten in ganz anderem Lichte erscheinen. Schwabach hat oft beobachtet, dass Patienten nach der Behandlung Flüsterzahlen 7—8 Meter weit verstanden, andere Worte kaum 1—2 Meter weit. Der Autor fordert schliesslich dringend dazu auf, die Hörprüfungen nach der Methode von O. Wolf vorzunehmen.

Bekanntlich theilt Wolf seine Prüfungsworte in 3 Gruppen. Dazu wählte Schwabach neben den Worten mit Flüster-U auch solche mit Vokalen mittlerer Tonstärke, besonders e.

Eingehend erörtert der Autor die Verwendbarkeit des Phonographen von Edison zur Hörprüfung. Seine Untersuchungen ergaben, dass Phonogramme mit lauter gewöhnlicher Conversationssprache von allen Normalhörenden prompt reproducirt wurden; eine Abstufung in der Intensität der Phonogramme dadurch, dass man in zunehmender Entfernung mit derselben Tonstärke in den Apparat hineinsprach, ist Schwabach nicht möglich gewesen. Flüstersprache wurde, einzelne Laute ausgenommen, nicht reproducirt, ebensowenig gelang es, einfache Töne: das Ticken der Uhr, den Ton verschiedener Stimmgabeln, resp. König'scher Klangstäbe und der Galton'schen Pfeife zu reproduciren. Bezüglich der Schwerhörigen ergab sich, dass sie sämmtlich die Sprache schlechter verstanden, wenn der Phonograph als Schallquelle benutzt wurde, als wenn man in der bisher üblichen Weise die Hörprüfung vornahm. Es leistet also auch der neue Edison'sche Phonograph nicht das, was man von einem einheitlichen Hörmesser verlangen muss, dass er sich namentlich dazu eigne, dem Untersucher eine Vorstellung von dem Grade der durch die bestehende Affection bedingten Functionsstörung und von dem Resultate der event. eingeleiteten Behandlung zu geben.

Höchst lehrreiche Untersuchungen stellte der Autor über den differential-diagnostischen Werth der Stimmgabelprüfungen an, wobei er an einem sorgfältig ausgewählten Kranken-Materiale den Weber'schen und Rinne'schen Versuch, sowie die Prüfung der Perceptionsdauer in Betracht zog. Von keiner dieser Methoden erhielt er so unzweideutige Resultate,

Digitized by Google

dass sie einen sicheren Schluss auf den Sitz der Hörstörung gestatten könnten. Der Autor empfiehlt daher, in zweifelhaften Fällen sich nicht auf ein einzelnes Symptom zu verlassen, sondern sich aus dem Zusammenhalten von Anamnese, objectivem Befunde, klinischem Verlaufe mit den Ergebnissen der Stimmgabelprüfungen, von denen Schwabach auf Grund seiner Versuche als relativ zuverlässigste die Prüfung der Perceptionsdauer von den Kopfknochen aus empfiehlt, das Urtheil über den Sitz der Hörstörung zu bilden.

Im zweiten Theile der Arbeit: Ueber gleichmässige Bezeichnung der Hörfähigkeit bespricht Magnus die Schwierigkeit, eine messbar zu variirende Tonquelle zu finden, durch welche eine direct zahlenmässige Schätzung des Gehöres möglich wäre. Am empfehlenswerthesten erscheint ihm, die gewöhnliche Lautsprache als Hörmesser zu benutzen, wobei sich der von Wolf eingeschlagene Weg bewähren dürfte, eine Scala von Worten verschiedener Tonstärken und kurzer Sätze, die man nachsprechen lässt, aufzustellen. Durch Vergleich mit einem Normalhörenden gleicher Berufssphäre und möglichst gleichen Alters könnte der lineare Unterschied gewonnen und die ziffermässige Bezeichnung der Hörweite ermöglicht werden. Gomperz.

Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1889 bis 31. März 1890. Von Dr. Ludewig. (Archiv für Ohrenheilk. Band XXXI, 2.)

Es wurden 1623 Patienten mit 2014 verschiedenen Erkrankungsformen behandelt; davon an der stationären Klinik 179. In der Krankheitstabelle sind notirt:

von Erkrankungen des äusseren Ohres: 307
„ „ „ mittleren „ : 1124
„ „ „ inneren „ : 82.

In der Operationstabelle imponiren: 62 Aufmeisselungen des Antrum mastoideum, 31 Hammer-Ambossextractionen, 59 Operationen adenoider Vegetationen, 58 Tonsillotomien.

Von neueren Mitteln wurde einer genauen und ausgedehnten Prüfung unterzogen das Aristol und das Pyoctanin. Das Aristol wurde als Streupulver pur, in 3—10 proctgr. Vaselinsalbe und in der Kälte mit Glycerin oder Olivenöl verrieben, bei allen Fällen in Anwendung gezogen, wo sonst Jodoform in der gleichen Applicationsweise gebraucht wurde. L. wurde nun wie von so vielen anderen in früheren Jahren als Specifica angepriesenen Mitteln auch vom Aristol im Stiche gelassen, so dass es ihm scheint, dasselbe habe vor dem Jodoform einzig und allein den Vorzug der Geruchlosigkeit aufzuweisen. Intoxicationserscheinungen wurden nie beobachtet, auch konnte Jod nie im Urin nachgewiesen werden, obwohl das Aristol z. B. bei einem Kinde wochenlang täglich verwendet wurde.

Das Pyoctanin wurde bei chronischen Mittelohreiterungen mit und ohne Caries in Lösungen bis zur Concentration von 1,0 : 1000,0 versucht. Mit denselben wurde der Gehörgang ausgespritzt und Massendurchspülungen per Catheter — bei aufgemeisselten Fällen durch die Operationsfistel — vorgenommen. Trotz wochen- und monatelanger consequenter

Digitized by Google

Durchführung dieser Behandlungsmethode wurde der Eiterungsprozess in keiner Weise beeinflusst; dagegen wurde es vom ersten Tage der Behandlung an unmöglich, Details in der Tiefe des Gehörganges, resp. der Paukenhöhle zu unterscheiden, so dass die Anwendung des P. nunmehr an der Hallenser Klinik endgiltig aufgegeben ist.

Ausführlich mitgetheilt sind die Krankengeschichten von 7 an der stationären Klinik verstorbenen Patienten. Im ersten Falle handelte es sich um exquisite Tuberculose des Mittelohrtractes beiderseits, eine Theilerscheinung von hochgradiger Universaltuberculose. Im dritten Falle waren unglückliche anatomische Verhältnisse an dem lethalen Ausgange schuld; operirt wurde wegen Caries. Der in gewöhnlicher Richtung eingeführte Meissel drang, da die mittlere Schädelgrube bedeutend tiefer stand, als die Linea temporalis, in die Schädelhöhle ein; hierbei, oder bei der Sondirung, wurde die Dura perforirt und die Hirnrinde verletzt. Beim 6. Falle, der nach Caries an Pyämie starb, ist die lange Dauer der Krankheit bemerkenswerth; das stark remittirende pyämische Fieber hat 5 Wochen gedauert.

Die obenerwähnten 62 Aufmeisselungen beziehen sich auf 59 Individuen; bei dreien wurde beiderseits aufgemeisselt. 33 Mal hatte die Operation dauernden, 7 Mal temporären, 3 Mal keinen Erfolg, 3 Mal blieb der Erfolg unbekannt, 10 Fälle blieben in Behandlung, 6 starben. Diese Mortalitätsziffer erfährt insofern eine Correctur, als von 33 Fällen der Privatpraxis Schwartze's im gleichen Zeitraume kein einziger lethal endete. Die 6 Todesfälle beziehen sich also auf 95 Operationsfälle.

Gomperz.

Ueber die vordere Tenotomie. Von Prof. Kessel. (Archiv für Ohrenheilk. Band XXXI, 8.)

Verfasser operirt (er nennt die Tenotomie des Tensor die vordere) bei folgenden Indicationen:

1) bei Lähmung des Musculus stapedius und unbehinderter Function des Tensor tympani,

2) bei andauerndem Spasmus des Tensor tympani,

3) bei Perforationen am Lichtkegel, den nieren- und herzförmigen Perforationen,

4) bei Schwellcatarrhen, demnach bei Hörstörungen, welche zum Theil aus Accomodationsstörungen, zum Theil aus Ueberdruck im Labyrinth resultiren; operirt soll werden, so lange noch die Steigbügelplatte beweglich ist.

Gomperz.

Histologisches über den Schneckenkanal, speciell die Stria vascularis. Von Dr. L. Katz. (Archiv für Ohrenheilk. Band XXXI, 4.)

Im Hinblicke auf die widersprechenden Ansichten über das Wesen der Stria vascularis untersuchte der Autor Schnecken des Kaninchens, der Katze und der Maus an Zupf- und Schnittpräparaten. Seiner Ansicht nach ist die Stria, obwohl sie beim ausgebildeten Organ diesen Eindruck macht, kein gefässhaltiges Epithel, sondern gleicht einer kernreichen, bindegewebigen Membran, hervorgegangen aus einem lymphreichen Bindegewebsnetze.

Gomperz.

Digitized by Google

Zur Statistik der Ohrenkrankheiten. Von Dr. L. Jacobson. (Archiv für Ohrenheilk. Band XXXI, 7.)

Nach einem Hinweise auf die Verschiedenheit der in den Jahresberichten der Otiater zu Tage tretenden Auffassungen über die Begriffe: geheilt, gebessert, ungeheilt, plaidirt Jacobson im Interesse der Verwerthbarkeit statistischer Tabellen dafür, denselben einheitliche Gesichtszu Grunde zu legen.

Zu dem Ende sei es angezeigt, nur Krankheitsformen, nicht Erkrankte aufzuzählen; bei den Krankheiten des äusseren Ohres mit Einschluss des Trommelfells sollte die Bezeichnung des therapeutischen Erfolges von dem Grundleiden, bei den Erkrankungen des inneren Ohres vom Hörvermögen abhängig gemacht werden, während bei denen des Mittelohres der Erfolg theils nach dem Zustande des Grundleidens, theils nach dem Verhalten des Hörvermögens bemessen werden könnte. Das letztere dürfte sich z. B. empfehlen bei dem acuten und chronischen Catarrh mit Einschluss der Sclerose und den Residuen abgelaufener Mittelohreiterung; hier ist die Schwerhörigkeit das wichtigste Symptom. Bei den Entzündungen, Neubildungen, Neurosen des Mittelohres hingegen ist wieder auf den Zustand des Grundleidens Rücksicht zu nehmen. Von der Mittelohreiterung möchte Jacobson nur die Fälle als „geheilt" bezeichnen, bei welchen nach Ablauf der Entzündung und Secretion auch die Trommelfellperforation sich geschlossen hat, als gebessert diejenigen, bei denen die Eiterung sistirte, alle übrigen als ungebessert etc. etc.[1])

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Hartnäckige Neuralgie des Nasenflügels. Dehnung und Resection des Nervus infraorbitalis. Heilung. (Névralgie rebelle de l'aile du nez. Elongation et résection du nerf sous-orbitaire. Guérison.) Von Dr. Goris. (Société belge d'otologie et de laryngologie, Gaud, Juni 1893, und Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie No. 14, 1893.)

Seit vier Jahren bestand die Neuralgie nach Eclampsia puerperalis; Paresis facialis, Sprachstörung, Romberg'sches Symptom. Heilung seit 7 Monaten durch Dehnung und Resection des Nervus infraorbitalis.

Dr. P. K.

Kopfschmerz bei Nasenleiden. (De la cephalalgie dans les affections nasales.) Von Dr. P. Heymann in Berlin. (Arch. de laryngologie etc. Bd. VI, No. 5, Septbr./Octbr. 1893.)

Nach H. können Nasenleiden sich in 4 verschiedenen Arten als Kopfschmerzen bemerkbar machen: 1) durch falsche Localisirung, so dass z. B. Schmerzen in der Nase als Kopfschmerz; 2) durch eine Art

---

[1]) Auch diese Criterien werden nicht immer richtig sein. Nehmen wir z. B. die Mittelohreiterungen. Eine mit Persistenz einer Lücke und fast normaler Hörweite ausgeheilte Otitis hat doch viel eher den Anspruch auf das Epitheton: „Geheilt", als eine, bei der die Lücke zwar geschlossen, durch Bindegewebsneubildung in der Paukenhöhle aber die Hörweite schwer geschädigt ist.

UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY Digitized by Google

Irradiation, so dass die Schmerzen an den Endzweigen eines anderen Astes desselben Nerven empfunden werden; 3) als eine Reflexneurose, z. B. in Folge von Kitzel durch die wechselnde Berührung von, an solche Berührung nicht gewöhnten, Schleimhautpartien, und 4) in Folge von Compression der von der Nase fortführenden Gefässe. Dementsprechend müssen die verschiedensten Affectionen der Nase im Stande sein, Kopfschmerz auszulösen, aber nur sorgfältige und öfters wiederholte Untersuchungen derselben vermögen zu sicheren Schlüssen über die Art der zu Grunde liegenden Nasenerkrankung und ob überhaupt ein Nasenleiden als Ursache anzusprechen ist, zu führen. In dunklen Fällen von Kopfschmerz sollte dementsprechend die Möglichkeit nasalen Ursprunges niemals ausser Acht gelassen werden. Beschorner.

Ueber die bacterientödtende Rolle des menschlichen Schleimes und des Nasenschleimes im Besonderen. (Du rôle bactéricide du mucus humain et en particulier du mucus nasal) Von Dr. R. Wurtz und Dr. Lermoyez. (Société de biologie de Paris, Juillet 1893, und Semaine médicale No. 47, 1893.)

Die natürlichen Oeffnungen des menschlichen Körpers sind die einzigen Eingangsthore für die Microben. welche unter Umständen schädlich wirken können. Der menschliche Organismus sucht sich nun gegen eine solche Infection zu vertheidigen, und hierin besteht die Widerstandsfähigkeit des einzelnen Individuums. An der Oberfläche einer jeden Mucosa befindet sich ein mit Schleim bedecktes Epithelium. Der Nasalschleim des Menschen ist, den Untersuchungen der Autoren gemäss, bacterientödtend; für den Karfunkel sind die Beweise zutreffend. Am Eingang der Nase wird die Inspirationsluft ihrer fremden Bestandtheile entledigt; die Microben mit ihren Sporen würden sich hier entwickeln und die Nase würde den Herd vielerlei Infectionen darstellen, wenn der Nasalschleim nicht bacterientödtend wirken würde.

Dr. P. K.

Nasenrachenpolyp, prophylactische Tracheotomie, Tamponade des Pharynx; Entfernung des Polypen durch Gaumenspaltung. Heilung. (Polype nasopharyngien, Trachéotomie préventive. tamponnement du pharynx, Extirpation par la voie palatine, guérison.) Von Dr. Picqué. (Société de chirurgie de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1893.)

Ein 17jähriger Schreinergeselle zeigte einen Nasenrachenpolypen mit den gewöhnlichen Symptomen. Die oben angedeutete Operation brachte Heilung ohne Recidive. Das entfernte Knochenstück des harten Gaumens wurde durch spontane Heilung ersetzt. Verf. betont, dass man nicht ohne vorherige Tracheotomie und Tamponade der Trachea und noch weniger ohne die Kocher'sche Pharynxtamponade nach entfernter Neubildung vorgehen soll. Dr. P. K.

Digitized by Google

Abscess, dentalen Ursprunges, des unteren Nasenganges; Incision; Curettage; Heilung. (Abscès du méat inférieur d'origine dentaire; incision; guérison.) Von H. Mendel in Saint-Louis. (Arch. de laryngologie etc. Bd. VI, No, 5, Septbr./Octbr. 1893.)

Die Affection, einen 18jährigen Beamten betreffend, täuschte ein Empyem des linken Antr. Highmori vor, und war bedingt durch einen hinter dem ersten linken oberen Schneidezahn zum Durchbruch kommenden Ersatzzahn, welcher, unmittelbar unterhalb des Bodens der linken Nasenhöhle seinen Ursprung nehmend, einen Reiz ausübte, der zur Eiterung führte. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ein Fall von Peri-amygdalitis lingualis phlegmonosa. (Sur un cas de péri-amygdalite linguale phlegmoneuse.) Von Dr. A. Colin. (Arch. de laryngologie etc. Bd. VI, No. 5, Septbr./Octbr. 1893.)

Diese Affection, gleichbedeutend mit Abscess. submucos. superficial. basis linguae, wurde im Jahre 1891 von Ruault zuerst erschöpfend beschrieben. Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen 49 Jahre alten Mechaniker, welcher 3 Mal innerhalb von 18 Monaten unter äusserst stürmischen Allgemeinerscheinungen an Abscessen der Zungenbasis erkrankte, welche sich spontan 2 Mal innerhalb von 7—10, das 3. Mal innerhalb von 12 Tagen öffneten. Volle Heilung. Beschorner.

Ueber einen Fall von Bruch des grossen Zungenbeinhornes. (Observation de fracture de la grande corne gauche de l'os hyoide.) Von Dr. Jouslain. (Bulletins et mémoires de la société de laryngologie de Paris No. 4, 1893.)

Seltene Fälle; die Ursachen können directe oder indirecte sein; erstere Ursache ist äusserst selten. Die indirecten Fracturen entstehen entweder dadurch, dass bei fixirtem Corpus ossei hyoidei die nach hinten sehende Concavität des Zungenbeins über's Maass vermehrt wird (wie beim Erwürgen mittels der Finger), oder umgekehrt, dass ebenfalls bei fixirtem Zungenbeinkörper die nach hinten sehende Concavität des Zungenbeins in eine nach vorn sehende durch den Insult zu verwandeln versucht wird (wie beim Erhängen). Die Fracturen finden sich meist bei den grossen Hörnern, bei älteren Leuten, mehr bei Männern als bei Frauen (wegen des bei Frauen mehr entwickelten Fettpolsters). Das Gefühl von Krachen, begrenzter, durch alle Halsbewegungen vermehrter Schmerz, Crepitation, Verschiebung sind die Hauptsymptome; das Laryngoscop ist das beste diagnostische Hilfsmittel.

Der vorliegende Fall war durch Muskelanstrengung des Halses beim Hervorholen einer Muschel aus einem Meeresfelsen entstanden und wurde erst nach einem Jahre vom Verf. diagnosticirt. Pat. wurde nicht geheilt.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Die Ludwig'sche Angina. (L'angine de Ludwig.) Von Dr. Matignon. (Revue de laryngol., d'otologie et de rhinologie No. 10, 1893.)

Nachdem Verf. die ganze Geschichte der Krankheit gegeben hat, beschreibt er nach Tillaux die Portio sublingualis des Bodens der Mundhöhle mit dem Cavum sublinguale, in welchem allein die Ludwig-sche Phlegmone ihren Sitz hat; die Glandula submaxillaris ist nicht immer und nur zufällig mitergriffen. Das noch nicht genau beschriebene Virus kann durch allerlei Eingangsöffnungen mittels der Lymphgefässe in dieses Cavum gelangen (alle verletzten Drüsen des Mundes und Zahnfleisches, Herpes der Lippen, Mandelentzündung, Zahncaries, Weisheitszahn). Kommt in jedem Alter, meist aber zwischen 20 und 30 Jahren vor. Am Ende der genau durchgeführten Symptomatologie resumirt Verf. selbe in folgenden Punkten: sehr harte Schwellung der ganzen Regio suprahyoidea, Heraufgedrängtsein des Mundbodens gegen den harten Gaumen, Respirations- und Schlingbeschwerden, septisches, schwer ergriffenes Allgemeinbefinden, der nie fehlende, an der hinteren Fläche des Zahnfortsatzes des Unterkiefers zu fühlende Wulst. Prognose schlecht, besonders wenn nicht frühzeitig operirt wird; letztere soll gleich in der Regio suprahyoidea ausgeführt werden; der Schnitt muss tief sein und jedenfalls den Musculus mylohyoideus durchtrennen. Dr. P. K.

Fractur der Cartilago thyroidea durch directen Insult. (Cas de fracture du cartilage thyroide par violence directe.) Von Dr. Sandfort. (Société britannique de laryngologie et rhinologie, Séance du 10 Mai 1893 und Revue de laryngologie et de rhinologie No. 10, 1893.)

Ein 53jähr. Mann kommt in Behandlung wegen eines Nasenleidens. Der Klang der Stimme war auffallend. Bei der laryngoscopischen Untersuchung sah man an der linken Larynxseite innen eine unregelmässige Crista, welche von vorn nach hinten verlief und den Rest des linken wahren Stimmbandes auf sich trug. Patient erinnerte sich jetzt, dass er im Alter von 16 Jahren von einer Kuh mit dem Horn direct auf die linke Halsseite gestossen worden war, in Folge dessen er lange halsleidend geblieben war und schliesslich den jetzt noch wahrnehmbaren Klang der Stimme behalten habe. Während der Phonation konnte das rechte wahre Stimmband sich an die links gelegene Crista anlegen, welche Crista natürlich unbeweglich bleibt; ein kaum bemerkbares Zittern der Mucosa deutet den Platz des linken Giessbeckenknorpels an. Links aussen entspricht eine bedeutende Vertiefung der im Larynxinnern bemerkbaren Crista. Dr. P. K.

Behandlung der Pharyngomycosis leptothritia mittels Chromsäure. (Traitement de la pharyngomycose leptothritique par l'acide chromique.) Von Dr. Wagnier. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 13, 1893.)

Gestützt auf vier ihm eigene Fälle, empfiehlt Vert. die Chromsäure, welche viel unschuldiger als der Galvanocauter und die Curettage ist. Dr. P. K.

Digitized by Google

Gutartige Mycosis des Rachens. (Mycosis bénin de l'arrière gorge.) Von Dr. J. Garel. (Revue de laryngologie No. 13, 1893.)

Verf. giebt die genaue Krankengeschichte von 29 eigenen Patienten nebst Aetiologie, Diagnose, Prognose, Symptomatologie und Behandlung.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Larynxödem nach Influenza. (Deux cas d'oedème laryngé d'origine grippale.) Von Dr. A. Cartaz. (Revue de laryngologie et de rhinologie No. 12, 1893.)

Seltene Fälle. Verf. beschreibt zwei Krankheitsfälle.

Dr. P. K.

Chirurgische Behandlung der Larynxphthise. (Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.) Von Dr. A. Castex. (Revue de laryngologie et de rhinologie No. 12, 1893.)

Die Grenze zwischen chirurgischer und medicamentöser Behandlung ist nicht scharf abgeschnitten. Es giebt nicht Wunder, dass bei Nichtgelingen der medicamentösen Behandlungsweise die Aerzte, die Fortschritte der modernen Chirurgie bei localer Tuberculose anderer Körperstellen würdigend, den tuberculösen Larynx chirurgisch zu behandeln suchen. Die curativ-chirurgische Behandlung darf nur angewandt werden, wenn der Larynx allein ergriffen ist und wenn die Ulcerationen genau umschrieben sind; zu dieser Behandlungsweise sind die Curettage, die Laryngotomie und die Laryngectomie zu rechnen. Zur palliativen Behandlungsweise sind ebenfalls das Curettement, die Incision von aussen mit Auskratzung, die Exstirpation mit schneidender Zange, die Tracheotomie und die Tubage zu rechnen.

Dr. P. K.

Primäres Carcinom des Sinus pyriformis, einen Fremdkörper des Larynx vorspielend. (Carcinome primitif du sinus pyriforme simulant un corps étranger du larynx.) Von Dr. Sabrazès und Dr. Frèche. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1893.)

Man sieht selten den ersten Anfang solcher Larynxtumoren; sehr seltene Fälle: Ein 55jähriger Mann behauptet, vor einigen Tagen eine Fischgräte verschluckt zu haben. Das Laryngoscop zeigte einen Tumor im rechten Sinus pyriformis, welcher sehr rasch sich vergrösserte. Tracheotomie. Tod durch Krebscachexie. Hier bestätigte sich von Neuem der Satz, dass extralaryngeale Carcinome viel schneller wachsen als intralaryngeale.

Dr. P. K.

Ueber die Contagionsperiode des Mumps. (De la période de contagiosité des oreillons.) Von Dr. Rendu. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 30 Décembre 1892 und Revue internationale de rhinol., d'otol. et de laryngol. No. 9, 1893.)

Die Incubation dauert erfahrungsgemäss 18 — 20 Tage. Im Allgemeinen nimmt man an, dass die Ansteckung während der ganzen Dauer der Krankheit dauert, einzelne Autoren nehmen selbe nur für die letzten Tage der Krankheit an; das Maximum der Contagiosität besteht nach Roger und Labric in den ersten 48 Stunden. Dem Autor gemäss besteht die Ansteckung am Ende des Incubationsstadiums, jedenfalls vor

Digitized by Google
UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY

dem Erscheinen der Parotisschwellung, also noch bevor man die Diagnose stellen kann. Diese Entdeckung führt zur Abänderung der hygienischen Schulgesetze, welche den Schülern verbieten, vor drei Wochen nach ihrer Heilung die Schule zu besuchen; auf letztere Weise verlieren die Schüler viel Zeit, ohne dass der Zweck des Gesetzes erfüllt wird. Dr. Sevestre und Dr. Comby kommen ihrer Erfahrung gemäss zu demselben Resultate wie Dr. Rendu. Dr. P. K.

Contagiosität und Entwickelung des Mumps. (Contagiosité et évolution des oreillons.) Von Dr. Antony. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 24 Février 1893 und Revue internationale de rhinol., d'otol. et de laryngol. No. 9, 1893.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) In den meisten Fällen dauert die Incubationsperiode 18—22 Tage; 2) die Ansteckung kann in der Incubation sowohl als nach der Heilung während einer nicht bestimmbaren Zeit vor sich gehen; 3) in dem Blut und Saft der geschwollenen Drüsen und der etwa bestehenden Orchitis kann man einen Microben nachweisen, welcher specifisch zu sein scheint, dessen Inoculabilität auf Thiere bis jetzt aber nicht gelungen ist; 4) die bestehende Angina und die Schwellung der Submaxillardrüsen sind manchmal im Beginne der Krankheit characteristisch; 5) in einzelnen Fällen beginnt die Hodenentzündung mit derjenigen des Nebenhodens. Dr. P. K.

Ueber die verlängerte Incubation und die Contagiosität des Mumps. (Sur l'incubation prolongée et la contagiosité des oreillons.) Von Dr. Merklen. (Société de hopitaux de Paris, Séance du 10 Mars 1893 und Revue internationale de rhinologie, d'otologie et de laryngologie No. 9, 1893.)

Seinen Erfahrungen gemäss dauert die Incubation 15 — 22 Tage; diese lange Dauer erklärt die grosse Extension und die lange Dauer der Epidemien in gewissen Kreisen, wie z. B. Kasernen, Gymnasien, Pensionaten. Die Contagion dauert jedenfalls nach der Heilung fort. Man soll also die Kranken bis zur vollständigen Heilung isoliren und dann desinficiren, ebenso wie bei Scharlach, Diphtherie, Erysipelas. Gestützt auf die Erfahrung, dass Säuglinge fast immun gegen Mumps sind, liess Verf. einen Säugling an der Brust seiner an Mumps erkrankten Amme; es fand keine Ansteckung statt. Dr. P. K.

Ueber den Microben des Mumps. (Du microbe des oreillons.) Von Dr. Laverau. (Société de biologie de Paris, Séance du 23 Janvier 1893 und Revue internationale de rhinol., d'otol. et de laryngol. No. 9, 1893.)

Mit Dr. Catrin hat Verf. mit dem Blute und mit dem aus den erkrankten Organen gezogenen Safte bacteriologische Untersuchungen vorgenommen. Nur sparsam im Blute, in den Culturen aber sehr häufig haben die Verf. immer denselben Diplococcus nachgewiesen; da aber die Inoculationsversuche immer negativ ausgefallen sind, so wagen die Autoren diesen Diplococcus nicht als specifisch hinzustellen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Jodoformäthereinspritzungen bei Kropf und Cysten. (Injections d'éther jodoformé dans les goîtres et les kystes.) Von Dr. Dury. (Annales de la société médico-chir. de Liège und Revue de laryngologie 1893, No. 3.)

43 Kröpfe wurden mit 10procentiger Jodoformätherlösung behandelt. In einer Sitzung kann man 6 Gramm einspritzen, indem man an den verschiedensten Stellen je 2—3 Tropfen einspritzt. Diese Einspritzungen werden gut vertragen, die Kranken können ihrer Beschäftigung nachgehen. Dr. P. K.

Ueber den therapeutischen Werth der Kohlenwasserstoffe, speciell der oxygenirten Vaseline (Vasogene). Von Prof. Dr. Bayer in Brüssel. (Sonderabdruck aus der „Deutsch. medicin. Wochenschrift", 1893.)

Das Bedürfniss eines öligen Vehikels für Arzneistoffe, welche in Schleimhäute eindringen sollen, und das zufällige Kennenlernen der von F. W. Klever in Köln dargestellten neuen wasserlöslichen Oele veranlasste Verf. nach 2—3jährigen therapeutischen Versuchen zu vorliegender Arbeit.

B. bespricht zuerst die chemischen Eigenschaften der „oxygenirten Vaseline" sowie deren bisherige Anwendung, welche sich bis auf Hippokrates zurückverfolgen lässt.

Das Klever'sche oxygenirte Vaselin emulgirt sich besonders leicht mit Flüssigkeiten: Haut-, Wund- und anderen Secreten und dringt merkwürdig rasch durch die Epithelien bis an die Capillaren und Nervenendigungen, wo es die von ihm besonders leicht aufgenommenen Arzneistoffe zur Wirkung und Resorption bringt. Bei der Application auf die Haut wurden Combinationen mit Jodoform, Chloroform, Ichthyol, Campher und Creosot verwendet. Besonders nach täglicher Einreibung von 2,0—10,0 Gramm des Creosotöles liess sich vortreffliche Wirkung auf das Allgemeinbefinden, Abnahme der Nachtschweisse, des Sputum, der Bacillen und Hebung des Appetites bei Tuberculösen bei gleichzeitiger Allgemeinbehandlung constatiren und auch an vorhandenen Larynxaffectionen Besserung wahrnehmen.

Die rasche Resorption beweist der kurz nach dem Einreiben in die Haut des Halses auftretende Creosotgeschmack und die nachgewiesene Ausscheidung von Phenolen im Harn. Da die Resultate bei interner Anwendung des oxygenirten Creosotvaselin viel bessere sind, als die des Creosot allein, so schreibt Verf. einen Theil der günstigen Wirkung dem oxygenirten Vaselin selbst zu.

Oxygenirtes Terpentinvaselin wird für locale Zwecke und extern gegen Bronchiectasie, Bronchorrhoe etc. empfohlen.

In oxygenirtem Mentholvaselin fand B. das beste Ohröl. Es erweicht Cerumenpfröpfe wie kein anderes Mittel, macht die Gehörgangsauskleidung und das Trommelfell geschmeidig und wird von den Patienten sehr geschätzt.

Die Application oxygenirter Vaseline auf Schleimhäute mittels wattearmirter Sonden oder mit Wasser emulgirt als Einspritzung erwies sich sehr vortheilhaft bei Nasen- und Rachenaffectionen, besonders bewährte sich Creolinvaselin gegen acute Phyaryngitis und Laryngitis von der catarrhalischen bis zur phlegmonösen oder diphtheritischen.

Digitized by Google
UNIV. OF MINNESOTA LIBRARY

Die Ungefährlichkeit interner Anwendung wurde zuerst durch Thierversuche erprobt. Bei Tuberculose wurde 20 pCt. Creosotvaselin 3 Mal 5 gtt. mit Wasser vermischt täglich rein oder in Milch gegeben, oder mit einer 3 Gramm haltigen Spritze als Clysma applicirt. Beide Formen werden meist gut vertragen und äussern bald ihre günstigen Wirkungen. — In der geringen Zahl von Fällen, wo die Oele zu chirurgischen Zwecken verwendet wurden, bewährten sie sich als Antiseptica ersten Ranges, als secretionsbeschränkend und den Wundverlauf beschleunigend. Verf. empfiehlt sie besonders zu Einspritzungen gegen Höhleneiterungen und in Gelenke, sowie als Desinficientia für Hände und Instrumente.

Dr. Hitschmann.

III. Kritik.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. Von Dr. L. Jacobson, Privatdocent und Ohrenarzt in Berlin. Mit 318 Abbildungen auf 20 Tafeln. Leipzig, Verlag von G. Thieme, 1893.

Bei der bekannten Thatsache, dass es bis heute noch nicht gelungen ist, der Ohrenheilkunde unter den medicinischen Prüfungsfächern eine Stelle einzuräumen, ist es nicht zu verwundern, wenn der junge Arzt nur mit den allerdürftigsten Kenntnissen auf diesem Gebiete in die Praxis eintritt. Es ist daher nur mit Freuden zu begrüssen, wenn in den letzten Jahren eine ganze Reihe otiatrischer Lehrbücher erschienen ist, welche dem allgemeinen Practiker an die Hand gehen wollen, um die sich bald fühlbar machenden Lücken seines Wissens auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde auszufüllen. Das vorliegende Lehrbuch des bekannten, seit einer Reihe von Jahren an der Berliner otiatrischen Universitätsklinik thätigen Privatdocenten reiht sich den besten dieser Art ebenbürtig an und schreitet insofern noch über den Rahmen eines Lehrbuchs für practische Aerzte und angehende Specialisten hinaus, als es auch, ohne allerdings diesen Zweck in sein Programm aufgenommen zu haben, dem fertigen Specialisten wegen der Vollständigkeit des Stoffes als ein nützliches Nachschlagebuch zur raschen Orientirung über die eine oder andere Frage dienen kann, ganz abgesehen von einigen Kapiteln, welche, wie z. B. die differenzielle Diagnose zwischen Erkrankungen des schalleitenden und schallempfindenden Apparates, ein fast rein specialistisches Interesse beanspruchen. Die ganze Anordnung des Stoffes sowie die Bearbeitung desselben zeugt von der gewissenhaften Art und Weise, wie der Autor sein Werk von langer Hand vorbereitet, sowie von dem ausdauernden Fleisse, mit dem er dasselbe von Anfang bis zu Ende in gleichem Gusse ausgeführt hat. Die Sprache ist klar, präcise, stellt an die Aufmerksamkeit des Lesers grössere Anforderungen, befriedigt aber dafür durch den Gewinn eines klaren Verständnisses. So ist es dem Autor gelungen, den überaus reichen Stoff trotz einer mit Bezug auf die Zwecke des Lehrbuches erschöpfenden Behandlung auf 438 Seiten zusammenzufassen, wobei in zweckmässigster Weise das practisch Wissenswertheste durch grösseren Druck von dem übrigen Inhalte unterschieden

Digitized by Google

wurde. Der Autor hat das Interesse des practischen Arztes bei der Abfassung des Buches stets im Auge gehabt; besonders die Kapitel über die Untersuchungsmethoden, die allgemeine Symptomatologie, die Fremdkörper im Ohre, die Simulation von Schwerhörigkeit, dann auch die Abhandlung über die Beziehungen der Ohrenleiden zu den Allgemeinerkrankungen sind hierfür die besten Belege. Auch mit dem oft wiederholten Rathe, in dem gegebenen Falle specialistische Hilfe nachzusuchen, kann dem Interesse des behandelnden Arztes nur gedient sein. Zwanzig am Ende des Buches handlich angereihte Tafeln mit zahlreichen Abbildungen vervollständigen das Werk.

Der Autor möge gestatten, einige kleine Ausstellungen, welche Ref. bei der Lectüre des Buches zu machen Gelegenheit hatte, zu erwähnen. Wir würden es vorziehen, die Physiologie des Ohres im Zusammenhang behandelt zu sehen, anstatt dass dieselbe jetzt an mehreren Stellen eine getrennte Besprechung findet, wodurch eine rasche Orientirung auf diesem Gebiete dem Leser erschwert wird. — Bei der Abhandlung über den Catheterismus der Tuba vermissten wir die Erwähnung des Herzfeld'schen Catheters mit federnder Stahlspirale am Schnabelende (cfr. 1892, pag. 168 dieser Monatsschrift); derselbe verdient für schwierige Fälle, bei bestehenden Nasenhindernissen, entschiedene Empfehlung. — Bei der Kritik der einzelnen Methoden des Catheterismus empfiehlt J. die Tubenwulstmethode als „die vielleicht sicherste"; die Bedenken, welche Gruber gegen dieselbe in seinem Lehrbuche erhebt, scheinen dem Ref. sehr zutreffend zu sein. — Bei der Besprechung der Ersatzverfahren des Catheterismus ist wohl zu wenig auf die physiologischen Principien hingewiesen, welche den einzelnen Verfahren zu Grunde liegen und ihre Wirkungsweise sowie ihre gegenseitigen Vorzüge besser verstehen lassen. Es würde alsdann auch das für manche Fälle so schätzbare Gruber'sche Verfahren dem Lucae'schen gegenüber nicht mit der einfachen Bemerkung: „Gruber lässt statt a die Silben Laek, Leck etc. aussprechen" abgethan worden sein. — Die Kapitel über Desinfection, topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten könnten ebenso wie die ausführliche Wiedergabe zahlreicher, z. Th. sehr einfacher Recepte und der alphabetisch nivellirten Brunnencurorte ohne Schaden für den Leser wegfallen, da derselbe die Kenntniss dieser Dinge bereits mitbringt oder an anderen Stellen zu suchen hat. — Pag. 180, Zeile 18 v. o., geschieht einer 1 bis 2 procentigen alcoholischen Sublimatlösung Erwähnung; auch im Druckfehlerverzeichniss fehlt es an einem Hinweise darauf. —

Die Ausstattung des Buches ist eine sehr gute; nur in einer, allerdings nach unserem Dafürhalten sehr wesentlichen Beziehung möchten wir einen Wunsch ausdrücken, dass nämlich für eine zweite Auflage den meisten anatomischen Abbildungen, ganz speciell aber den Trommelfellbildern, eine grössere Sorgfalt Seitens des Verlegers gewidmet werde. Um das beabsichtigte Verständniss zu erzielen, wird für manche Figuren eine grössere Wiedergabe der Zeichnung und schematische Ausführung einzelner schwieriger Details (so z. B. Fig. 7 und Fig. 8 auf Tafel II) wohl zu empfehlen sein; vor allen Dingen aber möchten wir heutzutage, zumal bei einem so trefflichen Werke, colorirte Trommelfellbilder nicht mehr entbehren! Keller.

Digitized by Google

† Dr. Waldemar Poorten.

Am 26. October l. J. verschied zu Riga der dortige hochgeachtete Ohrenarzt Dr. Waldemar Poorten. Derselbe entstammte einer alten Patrizierfamilie, war 1833 zu Riga geboren und wurde 1859 an der dortigen med. Facultät zum Doctor promovirt. Seine otiatrischen Kenntnisse erwarb er sich an der Wiener Schule unter Leitung Gruber's. Später war er auch kurze Zeit bei von Tröltsch in Würzburg.

Der Verstorbene, welcher nicht nur eine gediegene medicinisch-chirurgische, sondern auch eine hervorragende allgemeine Bildung besass, war bestrebt, durch Beiträge otologischen Inhaltes, die er in Fachzeitschriften veröffentlichte, unsere Specialität zu fördern.

Sein biederer Charakter, seine vornehme Denkungsweise, seine höchst angenehmen Umgangsformen verschafften dem so frühzeitig Dahingeschiedenen einen grossen Kreis von Verehrern, die ihn nunmehr tief betrauern.

Friede seiner Asche!

INHALT.

I. Originalien: Ziem: Nochmals die Durchleuchtung der Kiefer- und Stirnhöhle. — Jaenicke: Zur therapeutischen Bedeutung des Natrium (tetra) boricum neutrale (Schluss). — Liebe: Ueber einen Fall von Retropharyngealabscess durch Kieferhöhleneiterung. — 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893. — II. Referate: a) Otologische: Schwabach und Magnus: Ueber Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Hörfähigkeit. — Ludewig: Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1889 bis 31. März 1890. — Kessel: Ueber die vordere Tenotomie. — Katz: Histologisches über den Schneckenkanal, speciell die Stria vascularis. — Jacobson: Zur Statistik der Ohrenkrankheiten. — b) Rhinologische: Goris: Hartnäckige Neuralgie des Nasenflügels. Dehnung und Resection des Nervus infraorbitalis. Heilung. — Heymann: Kopfschmerz bei Nasenleiden. — Wurtz und Lermoyez: Ueber die bacterientödtende Rolle des menschlichen Schleimes und des Nasenschleimes im Besonderen. — Picqué: Nasenrachenpolyp; prophylactische Tracheotomie. Tamponade des Pharynx; Entfernung des Polypen durch Gaumenspaltung. Heilung. — Mendel: Abscess, dentalen Ursprunges, des unteren Nasenganges; Incision; Curettage; Heilung. — c) Pharyngo-laryngologische: Colin: Ein Fall von Peri-amygdalitis lingualis phlegmonosa. — Jouslain: Ueber einen Fall von Bruch des grossen Zungenbeinhornes. — Matignon: Die Ludwig'sche Angina. — Sandfort: Fractur der Cartilago thyroidea durch directen Insult. — Wagnier: Behandlung der Pharyngomycosis leptothritia mittels Chromsäure. — Garel: Gutartige Mycosis des Rachens. — Cartaz: Zwei Fälle von Larynxödem nach Influenza. — Castex: Chirurgische Behandlung der Larynxphthise. — Sabrazès und Frèche: Primäres Carcinom des Sinus pyriformis, einen Fremdkörper des Larynx vorspielend. — Rendu: Ueber die Contagionsperiode des Mumps. — Antony: Contagiosität und Entwicklung des Mumps. — Merklen: Ueber die verlängerte Incubation und die Contagiosität des Mumps. — Laverau: Ueber die Microben des Mumps. — Dury: Jodoformäthereinspritzungen bei Kropf und Cysten. — Bayer: Ueber den therapeutischen Werth der Kohlenwasserstoffe, speciell der oxygenirten Vaseline (Vasogene). — III. Kritik: Jacobson: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. — † Dr. Waldemar Poorten, Nekrolog.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. **Wien.**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München.**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien.**

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Berlin 1894.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung

(Oscar Coblentz.)

Digitized by Google

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Abscess der Zungenbasis, über einen Fall von 284.
—, perilaryngealer vertebralen Ursprunges. Pott'sche Krankheit der Cervicalwirbel. Laryngeale Erstickungserscheinungen als erstes Symptom der Knochenerkrankung 101.
Abscesse, über retropharyngeale 283.
Accumulatoren in der medizinischen Praxis, über die 204.
Acidum trichloraceticum, ein weiterer Beitrag zur Anwendung des 1.
Acromegalie, mittels Schilddrüsenextract behandelt, ein Fall von 230.
Adhärenz des Gaumensegels, vollständige 98.
Alumnol bei Nasen- und Halskrankheiten 160.
Amygdalitis mittelst Guajacol, Behandlung der acuten 285.
—, über deren verschiedene Formen, Ausgang und Behandlung 24.
Amygdalotomie als Präventivbehandlung der Diphtheritis 198.
Analyse eines complicirten Geruches 60.
Angina als Prodromalerscheinung einer Pneumonie 230.
—, durch eine Insectenlarve verursachte 230.
— pseudomembranacea mit Pneumococcen 99.
— scarlatinosa, Wichtigkeit der 230.
— während Typhus, zwei Fälle von 230.
Angiokeratom des rechten Stimmbandes 231.
Anomalie, congentiale, des Gaumensegels 196.
— der vorderen Bogen des Gaumensegels, zwei Fälle von congenitaler 285.
Anomalien, über die motorischen, des Kehlkopfs: Tonus der Erweiterer und Neigung zu früherer Erkrankung derselben 267.
Anosmie und Cacosmie 21.
Apparat, neuer, um die galvanocaustische Batterie in der Galvanocaustik zu ersetzen 139.
Argyrose 266.
Arthritis cricoarytänoidea, über acute und subacute rheumatische 169.
Asystolie bei Compression des Vagus 64.
Aetiologie der sogen. schwarzen Zunge, Beitrag zur 112.
Aufklärung eines Missverständnisses, welches mein Aufsatz über Stirnhöhlenbehandlung hervorgerufen hat, zur 151.

Bericht, I., über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Turin (1889—1890) 156.
— über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle 39. 87.
— über die im Etatsjahr 1889/90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle 157.

APR 30 '54

1463699

Digitized by Google

Bericht über die in den Jahren 1887 bis 1890 behandelten Ohrenkranken 157.
— über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde" der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wien vom 23. bis 30. September 1894 316. 359.
— über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington 14. 48.
Blutegel im Larynx, der 168.
Blutspeien und Blutungen aus der Zungenmandel 25.
Blutung nach Tonsillotomie, ihre Ursachen und geeignete Behandlung 411.
Blutungen der wahren Stimmbänder, submucöse, sich wiederholende 26.
Bromäthyl, Todesfall durch 412.

Casuistik schwerer Complicationen der Otitis, zur 341.
— der nasopharyngealen Tumoren, Beitrag zur 182.
Congress für Hygiene und Demographie in Budapest, VIII. internationale 31.
—, XI. internationaler medicinischer in Rom 119.
—, VII. internationaler für Hygiene und Demographie 107.
Contagiosität der acuten Amygdalitis und ihre Behandlung 198.
— der Diphtheritis, über die 231.
Creosot, therapeutische Wirkung des, bei latenter Tuberculose 234.
Creosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen, über die 139.
Croup, die Pathogenese des nichtinfectiösen der Nasenschleimhaut 134.
—, zwei Fälle von chronischem 168.
Cystentumor, grosser, des Os ethmoideum. Fall von totalem Verschluss der oberen Pharynxhöhle 195.

Diathesen, Einfluss gewisser, auf die Prognose der Halsoperationen 195.
Diphtheritis in Belgien, die 199.
— nach vorausgegangener bacteriologischer Untersuchung mittelst Sulfuricinphenol, Behandlung der 232.
Diphtheritisbehandlung. Beitrag zur 232.
Drucksonde und deren therapeutische Anwendung bei gewissen Formen chronischer Hörstörungen, über einige wesentliche Verbesserungen meiner federnden 381.
Drüsengeschwülste, Behandlung der tuberculösen 163.
Durchgang eines Maximalthermometers durch den Darmcanal 139.

Einfluss intranasaler Zustände auf äussere Erkrankungen der Nase, der 263.
Einpflanzungsstelle der Nasenrachenpolypen, über die 62.
Electrolyse gegen die Missbildungen der Nasenscheidewand, die 159.
Epithelioma der Uvula und des linken Arcus palatopharyngeus 196.
— oder Syphilis der Zunge? 264.
Eröffnung der Abscesse der Mandelumgebung, neue Methode der 286.
Eversion der Larynxventrikel und neue Behandlung derselben 201.
Exostosen behaftete anderweitige Schädel, mit 306.
— — Peruaner-Schädel, mit 301.
— des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen, Beiträge zu dem Vorkommen von 237. 269. 301.
—, gestielte, neben der Spina supra meatum 355.

Fibrom des Kehlkopfes 64.
Fibrosarcom der Zungenbasis 228.
Fibromyxome des Nasenrachenraumes, über die Behandlung der 192.
Fremdkörper der Nase 158.
— im Oesophagus 170.
Fremdkörpern, über Entfernung von, aus dem Gehörgang 109.
Functionen, über die, der Mandeln und den Nachtheil der Amygdalotomie 197.

Ganglion supraclaviculare, diagnostischer Werth des 203.
Gangraena faucium primaria, ein Fall von 145.
Gesellschaft, deutsche otologische 72. 107.
Gesichtserythem in Folge von Cocain 62.
Glucose, Behandlung der Diphtheritis mittelst 232.

Digitized by Google

Gummihütchen als Ueberansatz beim Politzer'schen Verfahren 315.

Halsaffectionen, rheumatische 136. 282
Halswunde, penetrirende, bei Selbstmordversuch 161.
Hämatom der Nasenscheidewand 263.
Hautsarcome und Lymphosarcom der rechten Mandel, multiple 137.
Hirnabscess in Folge einer Entzündung des linken Sinus frontalis 60.
Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen, über 379.
Hydatidencyste der Lunge; Pleurotomie mit nachheriger Excision; Heilung 101.
Hypertrophie der Zungenmandel als Ursache asthmatischer Anfälle 228.
Hysterie und die hysterogenen Zonen der Nasenmucosa 61.

Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 7. Januar 1892 bis 1. Januar 1893 160.
—, zweiter, über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 1. Januar 1893 bis 1. Januar 1894 160.
Idiotismus, myxomatöser, gebessert durch Schilddrüse, innerlich und unter der Haut angewandt 265.
Indicationen und Grenzen der topischen Behandlung der Larynxphthise 266.
Influenza-Otitis 57.
Innervation des Gaumensegels 162.
Instrument zum Hervorziehen der Zunge beim Laryngoscopiren 163.

Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden, über einen schleimbildenden 382.
Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode, zur Frage über die 401.
Kehlkopf-Epitheliom bei einem 23jähr. jungen Manne. — Tracheotomie. — Kehlkopf-Exstirpation. — Sofortiges Recidiv in der Wunde 200.
Knochencysten der mittleren Nasenmuschel, über 191.
Kohlenhydrate, über den therapeutischen Werth der, im Allgemeinen und des Vasogen Klever im Besonderen, mit besonderer Anwendung bei der Behandlung der Krankheiten des Respirationstractus, namentlich der Tuberculose 102.
Krankheiten der äusseren Haut, die besonders die Nase befallen 262.
— der oberen Luftwege, die 170.
— des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen 383.
Krebs der Glandula thyroidea nach Kropf 63.
— der Schilddrüse, sich in einem schon bestehendem Kropfe entwickelnd 62

Lähmung der Glottiserweiterer bei multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose 63.
— des rechtsseitigen Halssympathicus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling 21.
—, diphtheritische, Allocheiria 287.
Laryngealtumor, die Schwierigkeit der Diagnose eines Larynxkrebses darthuend 234.
Laryngectomie wegen Adenocarcinoma des Larynx, zwei Fälle von 65.
Laryngismus stridulus oder Spasmus glottidis mit tödtlichem Ausgang nach drei Stunden 234.
Laryngitis bei Aussatz 167.
— hämorrhagica, über 165.
Laryngotyphus. Bemerkungen über einen Fall von 233.
Larynx, Ueberanstrengung des 289.
Larynxabscess, ein Fall von 166.
Larynxabscesse, über 200.
Larynxblutung, zwei Fälle von catamenialer 288.
Larynxcarcinom durch Thyrotomie behandelt, ein Fall von 412.
Larynxcentren, neue Untersuchungen über die motorischen corticalen 165.
Larynxexstirpation, ein Fall von totaler, ohne Tracheotomie; künstliche Herstellung der Stimme 168.
Larynxexstirpation ohne vorhergegangene Tracheotomie 100.
Larynxgeschwüre, Behandlung der tuberculösen, mit einigen Bemerkungen über die constitutionelle Behandlung mittels starker Creosotdosen 234.

Digitized by Google

Larynxklopfen, mit Gefässanomalien zusammenfallend 233.
Larynxknorpelfracturen, Beitrag zur Lehre von den 233.
Larynxkrebs, Behandlung des 166.
Larynxpapillom, Thyrotomie wegen 412.
Larynxparalysen, über das seltene Vorkommen der corticalen 234.
Larynxpolypen, über die Ursache der 200.
Larynxschwindel und Ictus laryngeus 233.
Larynxstenose, syphilitische, durch Excision eines Stimmbandes geheilt 166.
Larynxsyphilis, tertiäre, mit Stenose, durch progressive Dilatation gebessert 201.
Larynxtuberculose, medicinische Behandlung der 64.
Larynxtumor 289.
Lipomen in der Schleimhaut der Nasenhöhle über das Vorkommen von 280.
Localisation der gefärbten Flüssigkeiten, wenn selbe durch die Tracheal- und Thoraxwand in die Lungen der Thiere und in die Cavernen der Phthisiker eingespritzt werden, experimentelle Studie über die 268.
Lochzange, die Behandlung gewisser Zustände der Mandeln mittelst einer neuen 265.
Luftkropf, ein 286.
Lungenanthracose bei den Arbeitern, welche die zu den Electricitäts-Instrumenten dienenden Kohlen poliren, die 235.
Lungensarcom, Fall von primärem; diagnostische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare 203.

Mandelabscesse, Studie über die abgekapselten 229.
Mandelhypertrophie mittelst Galvanocaustik, Behandlung der 285.
Mandellymphom 137.
Mandelsarcom mit Uebergreifen an das Gaumensegel und die Zungenbasis; Exstirpation, Heilung 197.
Mandelsteine, Beitrag zur Lehre von den 229.
Mandelsyphilom, über primäres 62.
Massage bei einigen Halsleiden, die 21.
— die interne, bei Nasen- und Rachen-Krankheiten 193.
Massage internal, in Diseases of the Nose and Throat 194.
Medication, neue antiseptische, blutstillende bei spontanen und chirurgischen Blutungen des Nasenseptums, der Nasenmuscheln und des Ohres 191.
Metallcorrosion, die 156.
Metallspiegel, über 186.
Microorganismen, über deren Beziehungen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen 57.
Missbildung, angeborene, der Ohrmuschel und Otoplastik 378.
Missbildungen, über congenitale, des Gehörorganes in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln 155.
Mittel, ein neues wirksames, gegen die localen pyogenen Processe des Ohres, der Nase und des Halses. Ein zweites wirksames Mittel, besonders für die Armenpraxis berechnet, gegen die pyogenen infectiösen Processe des Ohres 190.
Mittelohreiterungen bei Säuglingen, über 152.
Mumps, bacteriologische Untersuchungen über den 100.
— mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptysis 65.
Mund- und Pharynxtuberculose mit besonderen Bemerkungen über ihr Entstehen, Beitrag zum Studium der 283.
Mundgeschwür, tabetisches 22.
Mucocele des Sinus frontalis 193.
Musculus thyreoideus transversus, über einen 307.
Muskel, über abnorme, und verschiedenartige Gestaltung der normalen Kehlkopfmuskel beim Menschen und der entsprechenden beim Thiere 200.
Mycose des Pharynx, microscopische und bacteriologische Untersuchungen über die gutartige 136.
Myxoedem, Behandlung des 199.
— durch frische Schafsschilddrüse, innerlich gereicht, geheilt 286.
—, falsches; Giftigkeit des Succus thyroideus 286.
— geheilt durch Nahrung mittelst Schilddrüse vom Lamme, Fall von 265.
—, Heilung von, durch Einnehmen von Schilddrüse vom Schafe; Zufälle, welche bei dieser Behandlungsweise eintreten können 231.

Digitized by Google

Myxoedem mit dem chirurgischen Thyroido-Arethismus, Behandlung des 264.
— mittelst Nahrung mit frischer Glandula thyroidea behandelt 98.
Myxoma nasal, Bemerkung über eine seltene Art von 97.

Nasalasthma, mit einem circumscripten Hautödem abwechselnd 19.
Nase, die zu weite 135.
Nasendiphtheritis, über chronische primäre 158.
Nasendouche od. Naseneinspritzung? 97.
Naseneiterungen, Beitrag zum Studium der 97.
Nasenschleim, bacterientödtende Eigenschaft des 135.
Nasenstein — ein Bacterienproduct, nochmals: Der 311.
— mit theilweiser Zerstörung der Nasenscheidewand. Doppelter Nasenstein in demselben linken Nasenloch 134.
Nasensteine, zur Kenntniss der 191.
Nasenstenose und ihre Behandlung mittelst einfacher und rascher Dilatation mit Bougies, über 192.
Nervenleiden bei der tuberculösen Arytänoiditis. Pseudoneuroma im Larynx tuberculöser Natur 201.
Nervus laryngeus inferior, über den Verlauf des 288.
Neuritis, ein Fall von diffuser peripherischer, der beiden Recurrentes nach Typhus 231.

Oberkieferhöhlen-Eiterung, dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung derselben als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden 33. 79.
Oesophagusdivertikel und Oesophagushusten 412.
Oesophagusverengerung, e. neues Symptom der 235.
Ohrenheilkunde, Handbuch der 26. 66. 102.
Ohrgeräusch, ein Fall von objectiv wahrnehmbarem 141.
Ohrmuschelkrebs, zwei Fälle von 57.
Operationsmethode, eine neue, beim Eröffnen der circumscripten Mandelabscesse 229.
Orecchio negli Allievi delle Scuole elementari, le malattie dell' 224.
Otite media suppurata chronica dextra. Ascesso cerebellare destro. Cholesteatomi dell' antro mastoideo. Trapanazione del mastoide. Morte 226.
Otitis bei Influenza, über 156.
— media acuta mit acuter Caries des Warzenfortsatzes nach Masern, drei Fälle von 156.
Otitis media, e. Fall v. tuberculöser, nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesse 385.
Ozaena, Behandlung derselben mittelst concentrirter Höllenstein- und Chlorzinklösungen 60.
— der Nase, des Larynx und der Trachea 263.

Pachydermia laryngea 100.
— laryngis, über die Eintheilung und die Therapie der 167.
Pachydermie der Stimmbänder, Behandlung der diffusen 199.
- des Larynx und ihre Behandlung 266.
Percussion des Warzenfortsatzes, die diagnostische Verwerthbarkeit der 73.
Pharyngitis granulosa und lateralis, zur Behandlung der 149.
— phlegmonosa acuta, durch eine Meningitis purulenta complicirt, der erste publicirte Fall einer 313.
—, über hämorrhagische 136.
Pharyngo-Amygdalitis, innere Behandlung der acuten 23.
Pharyngomyositis, über acute rheumatische 24.
Pharynxblutung 24.
Pharynxpolypen, über angeborene ectodermatische 194.
Phlegmone des Halses, üb. eine bis jetzt unvollständig beschriebene; schwere Phlegmone der Cavitas glosso-thyro-epiglottica 22.
— septische, der Suprahyoidalgegend (Ludwig'sche Angina), Phlegmone des Mediastinum und Trepanation des Sternum 197.
— über sublinguale infectiöse 197.
Pressionen, die Methode der centripetalen und die Diagnose der Stapesfixation 133.

Digitized by Google

Pressions centripétales von Gellé, ihre diagnostische Bedeutung und ihr Verhalten zu anderen otiatrischen Untersuchungsmethoden, die 189.
Psoriasis, Behandlung derselben durch inneren Gebrauch des natürlichen Corpus thyroideum oder dessen Extract 199.
Pyaemie, über optische ohne Sinusphlebitis 154.

Reflexkrampf des Oesophagus bei Lebercarcinom 203.
Resorptionsfähigkeit, Untersuchungen über die der Nasenschleimhaut 61.
Retropharyngealabscess beim Kinde 282.
—, Operation 284.
Retropharyngealabscesse beim Kinde; ihre Behandlung 194.
—, Beitrag zur Behandlung der 62.
Revulsion, über extralaryngeale 168.
Rhinitis, über chronische 135.
Rhinosclerom, über. Ein Fall von hysterischer Stummheit. Papillome des Larynx 97.
Rohrzucker im Urin von an Keuchhusten erkrankten Kindern 287.

Sarcome der hinteren Pharynxwand, zwei 255.
— der Nasenscheidewand, Beitrag zur Statistik der 134.
Scarificationen der Stimmbänder, Behandlung der chronischen veralteten Laryngitis mittelst 266.
Schaum, der electrolytische, als Nebenschluss 173.
Schleimpolypen der eigentlichen Nasenhöhlen, Behandlung der 263.
— und fibromucösen Polypen des Nasenrachenraumes, Behandlung der 264.
Schlundgeschwüre mittelst topischer Anwendung von Cuprum sulfuricum, eine Bemerkung über die Behandlung der tertiären 287.
Schnecke, über die functionelle Wichtigkeit der 155.
Scleroms, zur pathologischen Anatomie und Histologie des 205. 244.
Septicopyaemische Erkrankungen, über eigenartig verlaufene, nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis 154.
Sexualkrankheiten und Krankheiten der obersten Luftwege beim Weibe 283.
Stenose, Fall subglottischer 166.
Stimmbandzittern, über; Rolle des Kleinhirns bei Sprach- und Stimmstörungen 288.
Stimmbänder, inverse Bewegung der 99.
Stimmbandfibrome, über den Bau und die histologische Stellung der sogenannten, mit Demonstration von microscopischen Präparaten, Zeichnungen und Photographien 164.
Streptococcus während der Influenza, Infection durch den 99.
Stummheit, zur Therapie der hysterischen 138.
Stummsein, hysterisches, durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt 287.
Supraclaviculares inspiratorisches Einsenken gegebenes Symptom, ein bei Lungentuberculose durch 101.
Syphilis des Nasenrachenraumes 159.
— über tertiäre des Nasenrachenraumes und über den Nasentripper 59.
— Tertiäre Erscheinungen. Necrose der Maxillares superiores. Schleichender Verlauf. Unsichere Diagnose Operation Entfernung eines grossen Stückes der Maxillares superiores 201.

Tabes dorsalis; doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer mit Lähmung der Thyroarytaenoidei interni von zwölfjähriger Dauer 98.
Taubheit nach Kohlenoxydgasvergiftung, ein Fall von 96.
— zwei Fälle von hysterischer 410.
Taubstummheit 291.
Thymusdrüse, über das Wiederaufleben der 63.
Thyroidectomie 410.
—, spätere Folgen der 411.
—, Wirkung der totalen, beim Affen 169.
Thyroidin bei verschiedenen Hautkrankheiten 227.
Thyrotomie wegen Larynxpapillom 412.
Tonsilla pendula mit Perforation des hinteren Gaumenbogens, ein Fall von 25.
Tonsillotomie, Blutung nach, ihre Ursachen und geeignete Behandlung 411.
Tornwaldt'sche Krankheit, die sogenannte, in Königsberg 198.

Digitized by Google

Trachealfisteln, Behandlung der 267.
Tracheotomie bei Croup, genaue Prognose der 170.
— zu 19 Monaten. Heilung 235.
Transformation gutartiger Neubildungen des Larynx in bösartige, Beitrag zur Lehre der 169.
Tropacocain, über 65.
Tubage bei hysterischer Larynxlähmung, die 166.
Tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle, ein Fall von 23.
— der Zunge und des Gaumens 284.
— des Schläfenbeins. Uebergang der Tuberculose auf die Basis des Schläfenlappens 277.
Tumoren, adenoide und Anfälle von Laryngismus stridulus 60.
— der Nasenscheidewand, Beitrag zur Lehre der 158.
—, die bösartigen des Nasenrachenraumes 61.
—, maligne der Mandeln mit zehn neuen Beobachtungen 138.

Uebungen, über den Werth acustischer, an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständ. Taubheit 132.
Unterbindung der Arteriae linguales bei der Behandlung der malignen Zungentumoren, über den Werth der 284.
Untersuchung, klinische und bacteriologische, von 200 Kindern, welche in die Diphtheritisabtheilung des Spitals des Enfants malades gebracht wurden 232.
Uvulitis, seltener Fall von 284.

Vegetationen, adenoide 192.
— adenoide, des Nasenrachenraumes oder Hypertrophie der Rachentonsille 20.
—, über die Operation d. adenoiden 157.
—, zur Operatien der adenoiden 356.
Veränderung zu erleiden, über die angeblich besondere Neigung gutartiger laryngealer Geschwülste, nach intralaryngealen Operationen eine bösartige 289.
Verbiegungen der Nasenscheidewand, zur Behandlung der 220.
Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter, der 156.
Versammlung, 65., der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg 8. 44.
—, 66., deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. Die laryngologische Section 323.
— von Otologen und Laryngologen 172.
Verschluss, vollständiger, beider Nasenöffnungen durch äussere sichtbare Membranen, Operation, Heilung 59.
Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit dem Pharynx. Trennung, prothetischer Apparat. Heilung 196.
Vortrag, klinischer, über den Werth der Nähte bei Halswunden und chirurgischen Operationen an den obersten Luftwegen 162.

Wanderung eines Ascaris lumbricoides in die tiefen Nackenmuskeln, nachdem er durch die Wirbelsäule durch einen scrophulösen, in den Pharynx sich öffnenden Abscess gedrungen ist 228.

Zahnvariationen in ihrer Form bei den verschiedenen Menschenrassen 195.
Ziehens, über den Einfluss des, an der Zunge auf gewisse nervöse Lähmungen 162.
Zunge, Beitrag zur Lehre von dem Entstehen der sogen. schwarzen 228.
Zungenmandelblutungen und der Lungenblutungen, Verhältniss der 24.
Zungenmandelleiden, drei Beispiele von 137.
Zungenneurose 285.
Zungentractionen bei Belebungsversuchen 229.
— bei den verschiedenen Erstickungsarten, Methode der rhythmischen 137.
—, rhythmische, bei den verschiedenen Erstickungsarten 229.
—, rhythmische, bei Scheintod der Neugeborenen 195. 196.
— Technik der rhythmischen, zur Bekämpfung der Asphyxie 264.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

d'Aguanno 134.
Albertin 196.
Albespy 283.
Argentowsky 189.
Ascento 166.
Audubert 201.
Avoledo 226.

Baber 98. 137.
Baragas 168.
Bayer 102.
Beault 22.
Beausoleil 191.
Beco 20.
Bécour 195.
Bellot 233.
Bergcat 315.
Blanchard 234.
Bleyer 160.
Bloch 133.
Bolt 156.
Bonain 232.
Botey 285.
Bouleugier 137.
Bouffé 192.
Bourrouillon 230.
Boewer 170.
Bramvell 199.
Brigidi 228.
Broeckaert 196.
Brousses 22.
Brown Kelly 265.
Browne 266.
Bryson 263.
Burger 378.
Bürkner 157.
Burlureaux 230.

Cagney 267.
Canter 286.
Cary 161.
Cartaz 410.
Casadeus 61. 166. 228.
Casadesus 283.
Du Castel 264.
Castel 284.
Castelain 170.
Castex 62.
Catrin 100.
Chaborg 62.
Chabory 63.
Chantemesse 286.
Chapoy 194.
Chappell 201.
Cherubino 287.
Chiari 157. 164. 167. 266.
Cohen 65.
Collet 158. 288.
Collier 203.
Colombini 62.
Combe 201.
Comby 65. 203.
Compaired 169. 288.
Concetti 158.
Couetoux 98.
Corradi 155.
Coursier 230.
Cozzolino 59. 134. 190. 191.
de Cristoforis 224.
Dalby 97.
Dansac 192. 201.
Darzens 204.
Delagenière 101.
Delavan 195.
Delie 263.
Deschamps 139.
Desvernine 162.
Dreyfuss 97.
Dunn 234.
Duplaix 60.
Duplay 412.

Egidi 168.
Eloy 198.
Eulenstein 73.

v. Felix 255.
Fernet 63.
Ferrand 203.
Ferré 232.
Ferreri 61.
Ficano 163. 287.
Fraenkel 154.
Freudenthal 193. 194.

Garel 64. 285.
Gay 287.
Gerber 159. 160. 191. 198. 311.
Geschwind 197.
Gley 411.
Godart 199.
Gomperz 280. 316. 359.
Gouguenheim 101.
Gradenigo 156.

Digitized by Google

Grant 412.
Grazzi 24.
Green 234.
Guerlain 231.
Guranowski 385.

Hang 383.
Hanot 99.
Haslain 284.
Hawkins-Ambler 284.
Hélary 284.
Herynq 268.
Herzfeld 149.
Hessler 156.
Heymann 233.
Huber 284.
Hudelo 22.

Jaccoud 99.
Jackson 262.
Jansen 57. 379.
Joal 24. 25.
Josias 232.

Kaufmann 141.
Kayser 39. 87. 96. 97. 138.
Kirmisson 267.
Kirschner 199.
Klemperer 412
Koch 64. 161. 170.
Koerner 277. 355.
Kossel 152.
Krause 266.

Laborde 137. 264. 196. 229.
Lacoarret 263.
Lanceraux 229. 235.
Lancry 198.
Landgraf 412.
Lamann, W. 173. 401.
de la Sota y Lastra 167.
Laveran 100.
Lavrand 200.
le Double 200.
Lecocq 229.
Lemoine 231.
Leone 168.
Lermoyez 135.
Leyden 412.
Litten 233.
Livon 162.
Luc 97. 200.
Lucae 381.

Madeuf 135.
Marcel 136.
Martin 158. 232.
Marchand 163.
Marian 157.
Marie 231. 286.
Masini 165. 169.
Massei 166.
Mayer, 59.
Méndel 263.
Mercantino 24.
Merklen 64.
Moll 166. 199. 200.
Morris 162.
Mules 412.
Moure 60. 231.
Müller 161.
Murray 169. 199.
Mygind 291.

Natier 24.
Nélaton 197.
Neumayer 307.
Newcomb 23.
Newman 138.
Newmann 289.
Nogaro 165.

Onodi 228. 266.
Ostmann 237. 270. 302.

Palazzolo 283.
Parsons 230.
Passy 60.
Paulsen 382.
Péan 410.
Pellegrini 286.
Périer 100. 168.
Peyrissac 229.
Phocas 194.
Piotrowsky 285.
Poli 21. 62.
Pollard 282.
Poyet 26. 289.

Rangé 136. 234.
Regnault 195.
Rénon 230.
Réthi 19. 23. 25.
Révillet 101.
Riegel 63.
Ruault 229. 233. 286.

Sabrazès 231.
Sacchi 62.
de Santi 287. 411.
Schapringer 21.
Scheier 99.
Schiffers 134. 196.
Schindler 60.
Schmidt, 170.
Schubert 341.
Schwabach 154.
Schwartz 197.
Schwartze 26. 66. 102.
Schwendt 155.
Sciolla 285.
Seifert 65.
Semon 98. 100. 234. 289.
Sendziak 112. 137. 182. 228.
Siebenmann 156.
Smith 235. 288.
Sokolowsky 169.
Stabb 166.
von Stein 1. 145. 313.
Stepanow 206. 244.
Stoerk 139.
Strazza 159. 195.
Suné 21.
Swain 289.

Thomas 231.
Thorner 14. 48. 136. 282.
Tissier 135. 230. 233.
Toubin 139.
Treves 61.

Urbantschitsch 132.

Váli 57.
Vanni 235.
Verneuil 197.

Wagnier 192. 264.
Watson 193.
Winckler 33. 79. 151.
Würtz 135.

Zaufal 57.
Ziem 109. 186. 198. 220. 356.
Zwaardemaker 156.

Digitized by Google

Druck von Marschner & Stephan,
Berlin SW.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. **Berlin, Januar 1894.** **No. 1.**

I. Originalien.

Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des Acidum trichloraceticum.

Von

Stanislaus von Stein, Privatdocent an der Universität zu Moskau.

(Aus dem Ambulatorium der Hospitalklinik von Prof. Ostroumoff.)

Die vorzüglichen caustischen und adstringirenden Eigenschaften der Trichloressigsäure für die Schleimhäute, die ich zuerst (1889[1]) in einem ausführlichen Artikel beschrieben habe, wurden seitdem auch von den meisten Beobachtern[2]) bestätigt. Einige andere gute therapeutische

[1]) Stanislas de Stein: L'acide trichloracétique dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Congrès international à Paris du 16 au 21 Septembre 1889. Comptes rendus et Mémoires, pag. 401—408. — Ref. von Moure im Internat. Centralbl. für Rh., Rhin. etc. 1889—1890.

[2]) H. A. Ehrmann aus Prof. Jurasz's Klinik. Ueber die Anwendung und Wirkung des Acidum trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Münchener medicin. Wochenschrift 1890, No. 9. — Ehrmann: Ueber die Anwendung des Acidum trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Medicin. Monatsschrift, April 1890. — X. De l'emploi l'acide de trichloracétique dans le traitement des affections nasales et pharyngiennes. La semaine médic., 30. April 1890. — Ref. Internat. Centralbl. 1891,

Digitized by Google

Eigenschaften dieser Säure, welche ich in den letzten zwei Jahren Gelegenheit hatte, zu constatiren, sind bis heute nur wenig oder gar nicht beachtet worden.

1. Ich habe in meinem ersten Artikel gezeigt, dass eine Trichloressigsäurelösung 1 : 1500—2000 wochenlang alle Fäulnissprocesse hemmt. Daraufhin empfahl ich dieselbe zum Cupiren der acuten Rhinitiden in der Anfangsperiode, zur Desinfection der Schorfe nach der Galvanocaustik und der Schnittflächen nach blutigen operativen Eingriffen (darüber Näheres unten). Beim acuten Schnupfen habe ich nämlich bemerkt, dass nach 2 – 4maligem Eingiessen einer 0,1procentigen lauwarmen Lösung zu ½ Theelöffel in jede Nasenhälfte sich ein abundanter Schleimausfluss einstellt und bald sistirt mit darauf folgender subjectiver Erleichterung. Seitdem ich diese prophylactische Behandlung durchführe, beobachte ich seltener consecutive Ohrenentzündungen bei denjenigen Patienten, welche von ihnen jeden Herbst oder Frühling heimgesucht wurden. Ich erkläre mir diese günstige Wirkung einerseits durch die antibacteriologischen Eigenschaften der Säure, andererseits aber durch die Fortschwemmung der Microorganismen durch die massenhafte Secretion. Von diesem Standpunkte ausgehend, suchte ich nach einem anderen, noch mehr nasenschleimtreibenden Mittel, welches ich im Uranium aceticum fand: Rp. Uranii acetici 0,1—0,05, Aqua destillat. 10,0. MDS. Ein paar Tropfen lauwarm in jede Nasenhälfte 2—3 Mal täglich.

2. Schwache Trichloressigsäurelösungen (0,5 — 1 pCt.) lange in die Nase bei Rhinitis atrophicans simplex eingeführt, bewirken nicht selten eine dermaassen starke Hypertrophie der Muschelschleimhaut, dass man zu Aetzmitteln greifen muss, um freie Athmung herzustellen. Diese eigenthümliche Wirkung in solchem Grade besitzt meines Wissens kein anderes Mittel, was bei der Behandlung der Ozaena ganz besonders wichtig ist.

---

pag. 552. — Swift: Trichloressigsäure bei intranasalen Krankheiten. Phil. Med. News, 5. Juli 1890. — Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 552. — Die Trichloressigsäure bei Halskrankheiten. N.-Y. Med. Journ., 18. October 1890. — Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 137. — Lublinski: Berliner laryngol. Gesellschaft 1891, 2. Mai. — Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 332. — J. W. Gleitsmann: Erfahrungen mit der Trichloressigsäure in 200 Fällen von Affection des Halses und der Nase, mit einer Demonstration der zugehörigen Instrumente. Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 320. — v. Szoldrski aus Prof. Jurasz's Klinik: Beitrag zur Anwendungsweise der Trichloressigsäure in Nase und Rachen. Münch. med. Wochenschrift No. 46, 1891. — Referat Allgem. Med. Central-Zeitung No. 2, 1892 und Internat. Centralbl. 1892, pag. 4. — J. Sedziak: Acidum trichloraceticum bei Erkrankungen des Rachens, des Kehlkopfs, der Nase und des Ohres. Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 137. — Cholewa: Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. Monatsschrift für Ohrenheilk. 1892, pag. 33.

Gegen die Vorzüge der Trichloressigsäure haben sich Folgende ausgesprochen:

Rethi: Die Trichloressigsäure und ihre Anwendung als Aetzmittel bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Wiener med. Presse No. 43 und 44, 1890. — Ref. Intern. Centralbl. 1891, pag. 552. — Heryng, Intern. Centralbl. 1891, pag. 137. — Bresgen: Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- etc. Krankheiten 1891, pag. 122.

Digitized by Google

3. Bei Ozaena vera wende ich gegenwärtig viel stärkere Trichloressigsäurelösungen als die erste Zeit, nämlich 0,5 — 10procentige, an. Durch kein anderes Mittel wird der Geruch so schnell und sicher, als durch diese Säure, beseitigt. Man könnte dieselbe fast für ein Specificum ansehen. Nur ausnahmsweise combinire ich sie mit Jod (Glycerin, Kal. jod., Jod. pur.) in ganz besonders hartnäckigen, vielleicht auf luetischem Boden sich entwickelnden Ozaenen.

Um ein befriedigendes Resultat zu erhalten, kommt Alles auf die Anwendungsweise an. Ich beginne stets mit den schwächeren Lösungen (1—2 pCt.) und setze mit denselben die Behandlung so lange fort, wie noch eine Besserung zu bemerken ist. Allmählig greife ich zu den stärkeren Lösungen. Mit den starken Solutionen anzufangen, ist nicht rathsam, da viele Kranke dieselben von vornherein nicht vertragen können. In der Mehrzahl der Fälle verschwindet der Foetor binnen einigen Tagen.

Zur Application verwende ich 20 Ctm. lange und 2,5 Mm. dicke (Scala Charrière) Drähte, welche an beiden Enden gerifft sind. Das eine Ende wird leicht gekrümmt, um besser unter die Muscheln zu kommen. Auf die gerifften Stellen wird die hygroscopische Baumwolle birnförmig aufgewickelt. Zum jedesmaligen Gebrauche giesst man ein kleines Quantum der Lösung zur Verhütung der Verunreinigung der ganzen Flüssigkeit ab. Der Schwerpunkt der ganzen Behandlung liegt darin, dass man die Medicin in alle Stellen bis in den Nasenrachenraum hinein gründlich, aber zart, massagenartig einreibt und dieses Verfahren bis zur völligen Entfernung aller Krusten fortsetzt. Diese Procedur geschieht die erste Zeit 2—3 Mal täglich, wenn das keinen besonderen Reiz verursacht. Sobald der Foetor geschwunden ist und die Borken weich geworden sind, kann man sich mit einmaligem Einschmieren täglich begnügen. Die nöthigen Manipulationen erlernt in ein paar Besuchen der ungebildetste Kranke unter der Controle des Arztes. Zufällig eintretende Blutungen werden mit einem Wattetampon schnell beseitigt. Bei einigen Patienten mit zarter Haut und mit Neigung zur Eczembildung sind die Nasengänge vor dem Schmieren mit Zinksalbe oder einfach mit Vaseline zu bestreichen.

Durch das angeführte Verfahren schwand in meinen Fällen der Foetor immer und die sich gelegentlich bildenden Krusten sind weich, ohne Geruch und werden leicht herausgeschnäuzt. In einigen Fällen wird das Schmieren aus Furcht vor einem Recidiv ein Mal die Woche fortgesetzt. Der Geruch kehrte in keinem einzigen Falle zurück.

4. Wenn man eine Portion Eiweiss oder Blutserum mit Acidum chromicum und eine andere mit Acidum trichloraceticum praecipitirt und wenn man dann das Coagulum gut mit Wasser bis zur Entfernung der überschüssigen Säure auswäscht, so wird man bemerken, dass das durch Trichloressigsäure gefällte Eiweiss feste zusammenhängende Membranen bildet, während das andere leicht in Stücke zerbröckelt.

Ausserdem reagirt das trichloressigsaure Coagulum immer sauer. Beim Aufbewahren in den Petri'schen Doppelschaalen verbreitet sich bald vom Chromsäureeiweiss ein putrider Geruch, während das Essigsäureeiweiss sich nur mit Schimmelpilzen ohne Foetor bedeckt. Also haben im letzteren Falle die fäulnisserregenden Microorganismen (selbst beim Einimpfen in die Masse) gar keinen günstigen Boden zu ihrer Ent-

Digitized by Google

wickelung. Diese Beobachtung brachte mich auf den Gedanken, die Trichloressigsäure zum Desinficiren der durch operative Eingriffe entstandenen Wunden in der Nase, im Nasenrachenraum, im Rachen etc. anzuwenden und auf diese Weise eine gewisse Antisepsis durchzuführen. Seit dem Jahre 1890 bis jetzt applicirte ich dieses Verfahren mehrere tausend Mal in meiner Privatpraxis und im Ambulatorium der Hospitalklinik des Herrn Prof. Ostroumoff und stets mit einem glänzenden Resultate, d. h. der Verlauf war fieberfrei und die Wunden heilten ohne besondere Eiterabsonderung schnell, sogar bei solchen Personen, bei denen früher das Gegentheil beobachtet wurde. Aus der grossen Zahl von Kranken klagte über Frostanfälle nach dem Aetzen nur ein einziger höchst nervöser Student. Früher erhielt ich nicht selten nach der Galvanocaustik oder Chromsäureätzung der hinteren Muschelenden eine consecutive Rachenmandelentzündung und ein Gefühl von Verlegtsein der Ohren.

Was die Anwendungsweise anlangt, so trage ich auf eine geschnittene Wunde einfach ein paar Trichloressigsäure-Crystalle. Etwas anders verfahre ich mit dem galvanocaustischen Schorfe. Da in diesem Falle das gebrannte Gewebe seines Wassers beraubt ist, so zerfliessen die Crystalle fast gar nicht resp. nur an den Rändern des Schorfes. Hier wende ich eine an der Luft diluirte concentrirte Trichloressigsäure an. Das Ende einer 1 Mmtr. dicken Silbersonde wird mit einem bischen Watte umwickelt, in die Lösung getaucht und an der betreffenden Stelle mehrere Male applicirt. Der vorher braune Schorf wird in eine schneeweisse, fest adhärirende Membran verwandelt. Der weitere Verlauf der galvanocaustischen Wunde ist derselbe, wie nach einfacher Trichloressigsäureätzung, d. h. mit sehr geringen entzündlichen Reactionserscheinungen. Was die Schmerzhaftigkeit anbetrifft, so ist dieselbe meistens von kurzer Dauer und nur im ersten Augenblick viel intensiver, als nach Chromsäure und Galvanocaustik. In allen übrigen Beziehungen hat die Trichloressigs. unstreitig die von vielen Beobachtern gelobten Vorzüge. Nach Abstossung des Schorfes desinficirt man die Wunde von Neuem.

Denselben befriedigenden Erfolg erhält man auch nach Chromsäureätzungen mit nachfolgender Trichloressigsäure-Application. Hier muss ich auf eine Eigenthümlichkeit hinweisen. Wenn man nämlich die Nasenschleimhaut nur leicht mit einem nicht an die Sonde angeschmolzenen Chromsäurecrystall oder einfach mit einer concentrirten Chromsäurelösung bestreicht, darauf mit Baumwolle die überflüssige Säure entfernt [3]) und diese Stelle mit Trichl. bearbeitet, so erhält man in vielen Fällen einen tiefgreifenden Schorf, wie nach Galvanocaustik. Auch in diesem Falle ist die Reaction sehr gering. Die doppelte Säureapplication ist ganz besonders bei kleinen Kindern mit starker Nasenschleimhauthypertrophie zu empfehlen.

Mit den Trichloressigsäureätzungen allein gelangt man immer zum

---

[3]) Das Durchspülen mit Soda ist nicht rathsam aus folgenden Gründen: 1) die Chromsäure „vereinigt sich mit Alkali zu giftiger Verbindung" (Husemann). Ich selbst habe in 2 Fällen bei Kindern Vergiftungserscheinungen in Form von Diarrhoe beobachtet. 2) Beim Durchspülen wirkt die Lösung auf die ganze Schleimhaut und öfters wird der Geruch auf einige Zeit alterirt.

Digitized by Google

Ziele, wenn die Hypertrophie noch so gross sein sollte. Die glänzendsten Erfolge aber erhält man am schnellsten dort, wo das zu ätzende Gewebe arm an Bindegewebe ist. Aus diesem Grunde ist diejenige Muschelhypertrophie am geeignetsten, welche sich gut durch Cocain contrahirt. Bei starker Bindegewebswucherung aber wird eine Genesung viel schneller durch Galvanocaustik, combinirt mit Trichl., erzielt. Wenig wirksam erwies sich mir die Trichl. beim Schnupfen, welcher sich durch eine anämische, schlaff herunterhängende hypertrophische Muschelschleimhaut mit höchst abundantem Ausfluss (3—4 Taschentücher täglich) characterisirt, und an welchem hauptsächlich Kinder leiden. Dies lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass die Säure durch das Secret verdünnt wird und in Folge dessen an Wirksamkeit verliert. Chromsäureätzungen führen zum gleichen Resultate. Nur durch energische galvanocaustische Aetzungen mit Trichl. wird die Secretion zum Sistiren gebracht und die Durchgängigkeit hergestellt.

Die Polypen und die polypenartigen Auswüchse nehme ich mit der galvanocaustischen Schlinge mit nachfolgender Trichl.-Application ab. Bei einigen Kranken wurde experimenti causa in der einen Nasenhälfte die Nachätzung gemacht, in der anderen aber nicht. In diesem letzteren Falle beklagten sich die Patienten über anhaltenden Druck in der einen Nasenhälfte, zeitweises Reissen und über abundanten ätzenden Ausfluss.

5. Die Trichl. besitzt noch einen nicht geringen Vorzug in der Beziehung, dass bei ihrer Anwendung in der Nase keine adhäsiven Entzündungen zwischen naheliegenden Partien auftreten, wie solches nicht selten nach Chromsäure und Galvanocaustik bei unvorsichtiger Anwendung stattfindet. Diese werthvolle Eigenschaft erlaubte mir, ohne Gefahr des Zusammenwachsens knorplige Auswüchse am Septum nasi in sehr engen Nasengängen galvanocaustich abzuätzen und die Säurecrystalle, die in einen Ohrcatheter eingeführt wurden, mittels Politzer'schen Ballons in die Highmorshöhle und in die vordere Region der Siebbeinzellen zur Verminderung des Eiterabflusses einzublasen.

6. Bei den entzündlichen Erkrankungen des Rachens beobachtet man dasselbe, wie in der Nase: bei stark entwickeltem Bindegewebe wirkt die Trichl. nur oberflächlich und langsam, in den entgegengesetzten Fällen aber erzielt man immer eine schnelle Heilung. Bei Tonsillitiden nach abgelaufenen acuten Entzündungen wird die Drüse nach 2—4-maliger Aetzung der Oberfläche zur früheren Grösse reducirt.

Bei denjenigen langwierigen lacunären Tonsillitiden, bei welchen in den stark und tief entwickelten Lacunen sich viel Eiter ansammelt und zu fortwährenden Exacerbationen binnen vieler Monate (in einem Falle sogar Jahre) Anlass giebt, führe ich die Trichl.-Crystalle mittels einer feinen, leicht ausgehöhlten, knopfförmigen silbernen Sonde tief in jede Spalte hinein. Bei grösseren Eingangsöffnungen in die Crypten bediene ich mich einer feinen, 3 Mmtr. dicken (Scala Charrière), leicht gekrümmten silbernen Röhre, welche mit einem stempelartigen Drahte und ein Paar Ringen für den Zeige- und Mittelfinger armirt ist. Bei der Anwendung dieses pistolenartigen Instrumentes zieht man den Draht ein wenig heraus, legt in das Röhrenlumen ein paar kleine Crystalle hinein, führt sodann das gekrümmte Ende möglichst tief, aber zart, in die Lacune hinein und drückt endlich mit dem Daumen auf den Stempel.

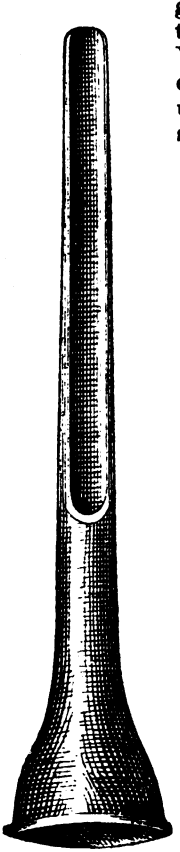
Digitized by Google

Die ganze Manipulation (sogar ohne Cocain) ist so lange schmerzlos, wie die Trichl. nur auf die Region der Drüse localisirt ist. Die nächste Aetzung wird wiederholt nach dem Verschwinden des schneeweissen Schorfes. Der Heilerfolg ist stets ein glänzender. Die submaxillaren Drüsen schwellen gleichzeitig ab und werden indolent.

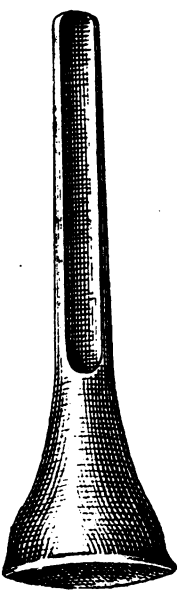
Bei stark entwickelter, veralteter Tonsillitis hypertrophica, Pharyngitis granulosa und retroarcualis mit Bindegewebewucherung tritt die Galvanocaustik mit nachfolgender Trichloressigsäure-Application (concentrirte Lösung) in ihre volle Rechte ein. Das Resultat ist immer eine Genesung, der Verlauf fieberfrei und reactionslos. Nur einen Tag fühlt der Patient ein Hinderniss beim Schlucken.

7. Die Application der Trichl. im Ohre ist schmerzhaft und von Nutzen bei kleinen Granulationen. In diesen Fällen ziehe ich ihr das Resorcin vor. Bei grossen Polypen ist die Chromsäure viel wirksamer mit nachfolgendem, höchst putridem Ausflusse, welcher ganz geruchlos wird, wenn man den Schorf mit concentrirter Trichl.-Lösung recht accurat bestreicht. Um die Wände des Meat. aud. extr. vor Reiz zu schützen, ist es rathsam, dieselben vorher gut mit Vaseline einzuölen und den Ohrtrichter möglichst tief einzuführen. Die überschüssige Säure wird ausgespritzt.

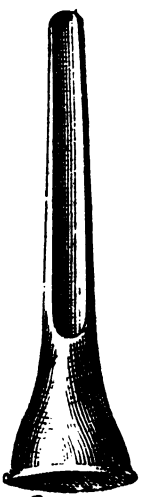
* * *



1.



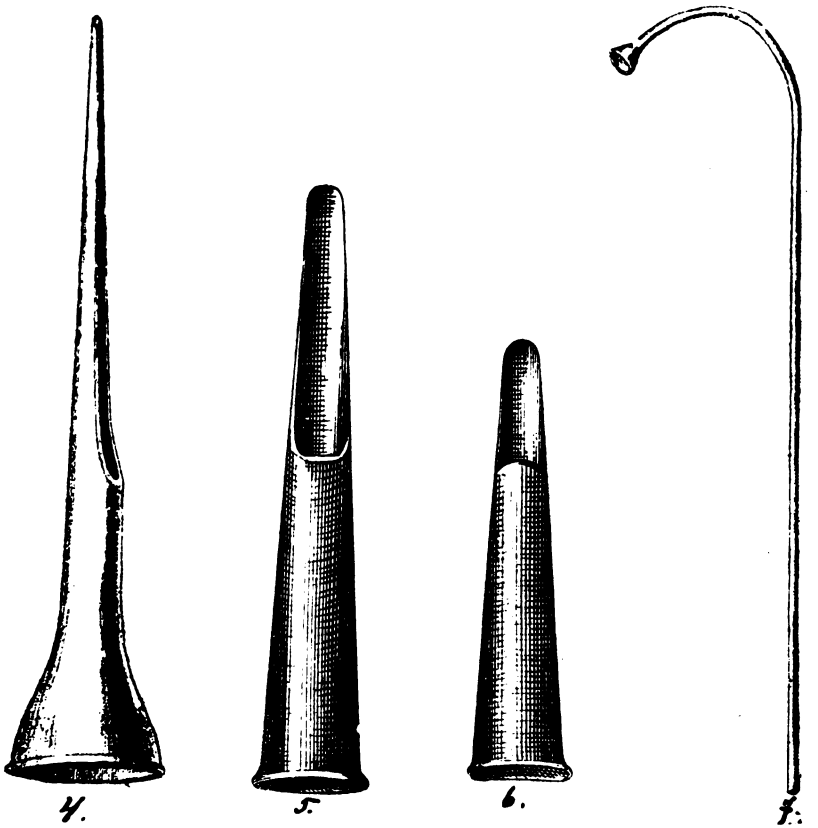
2.



3.

Digitized by Google

Um in der Nase die Aetzung, besonders wenn es sich um die hinteren Enden der unteren Muscheln handelt, zu localisiren, benutze ich seit Jahren die von mir empfohlenen gefensterten Nasenspecula (in fünf natürlichen Grössen) wie Fig. 1[4]). — Seitdem wende ich auch Spiegel wie Fig. 2 und 3 (natürl. Grösse) bei Kindern an. — Von besonderem



Nutzen ist das neue keilförmige Modell Fig. 4 (natürliche Grösse), mit dessen Hilfe man in den engsten Nasengängen und bei leistenförmigem Vorspringen des Septums exact, schnell und mit Ersparniss von viel Zeit den Schorf localisiren kann. — Fig. 5 und 6 sind bestimmt zum Aetzen der vorderen Enden und der Seitenflächen der mittleren Muscheln: die angebrachte Platte schützt das Septum. — Fig. 7 stellt in ½ natürl.

[4]) Stanislas de Stein: Speculums pour les cautérisations du nez. Compt. rendus et Mémoires du 4 congrès international d'otologie. Bruxelles, 10.—14. Septembre 1888, pag. 324.

Digitized by Google

Grösse ohne Griff meine Sonde mit schaalenförmiger Vertiefung (5¼ Scala Charrière und 3 Mmtr. tief) am Ende dar, auf deren Boden man Trichl.-Crystalle legt und dieselben vom Rachen aus unter Spiegelcontrole und vorangehender Cocainisirung auf die hinteren Enden der Muscheln applicirt. Die Crystalle fallen niemals beim seitlichen Einführen heraus und das hypertrophirte Gewebe wird von der Schaale umfasst. Dieselbe Sonde, nur mit einer anderen Krümmung, gebrauche ich beim Aetzen der Drüsen des Zungengrundes.

---

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893.

(Fortsetzung zu No. 12, 1893.)

Levy (Hagenau): Ueber das Ergebniss von Gehör-Untersuchungen in Schulen und Anstalten mittels seines neuen Acumeters.

Der Acumeter, der vor zwei Jahren construirt wurde, stellt nur Luftleitung fest. Stimmgabel, Galton ist nicht überflüssig. Derselbe besteht aus einem Gefäss mit regulirbarer Ausflussöffnung, durch die ein Tropfen Wasser auf ein nur 45° geneigtes Eisenblech fällt, das auf einer Filzunterlage ruht. Die graduirte Messingstange ist auch zum Abschrauben. Der Schall des fallenden Tropfens wird von dem zu Untersuchenden wahrgenommen, indem er sein Ohr in bequemer sitzender Stellung an ein gepolstertes Fensterröhrchen legt, welches in einer bestimmten Entfernung von dem Punkt, an welchem der Tropfen auffällt, festgehalten wird. Der Tropfen ist 5 Centigramm schwer. Es fallen zwei Tropfen in der Secunde, was durch Stellung des Ausflusshahnes rrgulirt wird. — Vierordt hat an der Fallhöhe eines fallenden Körpers die Intensität des wahrgenommenen Schalles gemessen. Phonometer, mittelst Schrotkörner auf einer Metallplatte, zeigen einen sehr geringen Fallhöhenunterschied, der mit der Lupe abgemessen werden musste. Schwierigkeit bietet, gleich grosse Schrotkörner zu construiren, während meine Untersuchungen grosse Intensitätsdifferenzen bewirkten. Nach einigen physicalischen und physiologischen Bemerkungen über das Verhältniss zwischen Schallintensität und Schallhöhe und Hörempfindung, stellt L. für den Gebrauch folgende Punkte auf: 1) grosse Ruhe, 2) Urtheilsfähigkeit, 3) wie hoch muss bei dem Instrument die Fallhöhe sein, damit ein normales Ohr in Entfernung von 25 Ctm. den Ton noch eben wahrnimmt? 4) vor Allem vom Alter abhängig. — Die Untersuchungen, welche Vortr. im Interesse der Schulhygiene empfiehlt, ergaben häufige Ohrenerkrankungen. Schüler, die als unbegabt galten, waren schwerhörig. — Man ist mit dem Instrument im Stande, auch bei hochgradiger Schwerhörigkeit die Hörfähigkeit für Luftleitung zu messen. Sehr geeignet, um einen exacten Unterschied vor und nach therapeutischen Eingriffen festzustellen. Zum Schlusse erwähnt Vortr. noch, dass es zur Uebung und Schärfung des Gehörsinnes verwendet wird, und zwar durch tägliche

Digitized by Google

methodische Uebungen. Vortr. empfiehlt, alle Instrumente bei Optiker Majer in Strassburg zu kaufen, da dann jedes Instrument nach einem Normalinstrument graduirt und verglichen wird und so ein allgemein giltiges Maass für die Hörfähigkeit erreichbar ist.

Discussion:

Dr. Bloch wünscht zu wissen, ob Vortr. vergleichende Untersuchungen mit seinem und Politzer's Acumeter angestellt hat, sowie ob die Tonhöhe des Tropfenfalles bestimmt ist. Denn auch dieser Acumeter beweist nur für seinen Ton oder seine Tongruppen.

San.-Rath Levy: Mit anderen Acumetern ist das Instrument nicht verglichen worden. Ein eigentlicher Ton fängt erst bei sehr hohen Fallhöhen an bemerkbar zu werden.

Prof. Zaufal (Prag) referirt über einen Fall von ausgedehnter Eiteransammlung zwischen Dura mater und den Schädelknochen in Folge chron. Otitis media sine perforatione membr. tympan., bei dem er die breite Eröffnung der Schädelkapsel vornahm, und da Anfangs Unklarheit über die Quelle des Eiters bestand, die Gehirnpunction durch die entzündete Dura vornahm. Am zweiten Tag nach der Operation trat Exit. let. ein und es bleibt zweifelhaft, ob in Folge eines anämischen Anfalles, da gleichzeitig chron. Nephritis bestand, oder in Folge von Mening., welche durch Uebertragung von Entzündungserregern aus dem Gewebe der hochgradig entzündeten, verdickten Dura durch die Punctionsnadel veranlasst sein konnte. Vortr. fand in diesem Falle Thrombose des Sinus sigmoid. und transversus. Der Thrombus war vollständig organisirt, nirgends eine Spur von eitrigem Zerfall, wie die aus den verschiedenen Theilen des Sinus entnommenen Querschnitte bei der microscop. Untersuchung ergaben, welche theils in Abbildung, theils durch Vorlegung der betreffenden microscop. Präparate zur Anschauung vorlagen. Vortr. demonstrirt ferner noch die histologischen Veränderungen in microscop. Schnitten der hochgradig verdickten Dura mater des Knochens und des Tremmelfelles. Eigenthümlich ist das massenhafte Vorkommen von Hyalinkugeln in dem entzündeten Gewebe, in der Dura, in ihren nahezu 2 Ctm. hohen Granulationen, in den Knochengranulationen, in der Cutisschicht, der Membran. propr. und der hochgradig entzündeten, verdickten Schleimhautschicht des Trommelfelles. Nur in dem bezeichneten Thrombus des Sinus sigm. fanden sie sich sehr spärlich, dagegen sehr zahlreich in dem Thromb. des Sin. transversus, soweit er innerhalb des Abscesses lag.

Prof. Gradenigo: Association der Hysterie mit organischen Krankheiten des Ohres.

Gr. beschäftigt sich mit organ. Läsionen des Ohres, welche sich mit neurot. Symptomen verbinden, eine Erscheinungsform, welche von den Ohrenärzten bis jetzt nicht speciell berücksichtigt wurde. Das häufigste Symptom bildet die Otalgie verbunden mit einem leichten Catarrh des Mittelohres; dieselbe widersteht gewöhnlich hartnäckig jeder Behandlung. Diese Form kommt häufig nicht nur bei wahrhaft hysterischen Individuen, sondern auch bei solchen vor, die blos eine Anlage zur Hysterie haben.

Die acustische Hyperästhesie, der sich eine schmerzhafte Hyperästhesie der Haut der Nachbarschaft des Ohres, der Ohrmuschel, des

Digitized by Google

Gehörganges zugesellen kann, findet man bei prädisponirten Individuen, bei den verschiedensten Läsionen des äusseren Gehörganges oder des Ohres. Dieselbe bietet den functionellen Character einer Alteration der Perception, unterscheidet sich aber functionell von den Läsionen des Labyrinthes, weil bei derselben die Herabsetzung der Hörschärfe für die verschiedenen Töne ziemlich gleichförmig ist, die Uhr relativ gut gehört wird, Schwindelanfälle und schwankender Gang gewöhnlich fehlen und ein Zunehmen der electrischen Erregbarkeit des Acust. nicht vorhanden ist. — In einigen Fällen kommt ein paradoxes Symptom vor, dass nämlich bei schwerer acustischer Hyperästhesie einer Seite Diapason vertex blos hier vernommen wird; unter derartigen Umständen bestehen organische — und zwar zuweilen leichte — Läsionen des Mittelohres auf der erkrankten Seite und bei spontaner oder durch Suggestion entstandener Variation des Grades der acust. Hyperästhesie erkennt man, dass die Lateralisation des Diapas. vert. sich nicht ändert, und von den erwähnten Läsionen fixirt wird. Die Ursache dieser Erscheinung darf nicht in einer Simulation, sondern in dem psyschichen Character gesucht werden, den im Allgemeinen die hysterische Anästhesie darbietet. — Gr. erklärt in dieser Weise gewisse scheinbar paradoxe klin. Beobachtungen, welche bez. der in Rede stehenden Frage von Jacobson und von Krzywiki (traumatische Hysterie) gemacht wurden. Er führt einige von Lucae, Bürkner, Rohrer veröffentlichte Fälle von schwerer oder vollständiger Taubheit, die von verschiedenen Läsionen des Ohres begleitet waren und deren Entstehungsweise bis jetzt unklar war, auf hysterische Hypo- oder Anästhesie zurück. Auch die period. Hämorrhagien aus dem Ohre bei hysterischen Individuen und unverletztem Trommelfell sind an leichte entzündliche Alteration des Mittelohres, die ein prädisponirendes Moment bilden, geknüpft.

Discussion:

Prof. Barth selbst hat noch keinen Fall von Hysterie des Gehörorganes beobachtet, obwohl er mehrfache Veranlassung dazu hatte, darauf zu fahnden. Demnach glaubt er, dass diese Erkrankungen sehr selten sind. Erschwert wird vor Allem die Feststellung der Krankheit auch dadurch, dass nicht nur bei Hysterie, sondern auch bei Luës und vor Allem nach Traumen atypische und sprungweise Erscheinungen sich zeigen, die nicht auf Hysterie sich zurückführen lassen. Wenn sich Widersprüche in den Erscheinungen bei Luft- und Knochenleitung finden, so liegt das sehr häufig nicht in der Art der Erkrankung oder gar an der Unbrauchbarkeit der Untersuchungsmethode, sondern recht oft an der Unvollkommenheit der Untersuchung selbst.

Prof. Zaufal erwähnt eines Falles, wo bei einem 12jähr. Mädchen, die an beiderseitiger Otitis med. supp. chron. litt und dabei für den gewöhnlichen Verkehr hinlänglich hörte, plötzlich Taubheit und durch Einführen des Catheters in die Nase (nicht in die Tuba) wieder die frühere Hörfähigkeit eintrat — hysterische Taubheit. Auch Redner legt bei der Diagnose: hysterische Schwerhörigkeit oder Taubheit das Hauptgewicht nicht blos auf den Wechsel der Erscheinungen im Gehörorgane, sondern auch in anderen Sinnesorganen und anderen Organen.

Dr. Habermann erwähnt ausführlich einen einschlägigen Fall.

Digitized by Google

Prof. Gradenigo weist darauf hin, dass Schwindel ein sehr häufiges Symptom der Hysterie bildet, welches aber nicht mit der acust. Anästhesie in Beziehung steht. Auf die Betrachtungen Barth's eingehend, bemerkt Gr., dass Hysterie und traumatische Neurosen seiner Meinung nach sehr verwandte Begriffe sind.

Bezold: Vorläufige Mittheilung über die Untersuchung der Schüler des Münchener Taubstummeninstitutes.

Um einen Ueberblick über die Reste von Hörvermögen der Taubstummen zu gewinnen, ist es nothwendig, jedes Gehörorgan mit der ganzen Tonreihe des menschlichen Hörbereichs zu untersuchen. Mit der Prüfung des Gehörorganes auf seine Töne hat Vortr. seine Perception in ihre Elemente zerlegt und wenn man die Gesammtheit dieser Elemente kennt, hat man ein vollständiges Bild seiner Hörfähigkeit erlangt. Die 79 Zöglinge des Taubstummeninstitutes wurden mit einer continuirlichen Tonreihe, welche von C^2 mit 16 Schwingungen bis zur oberen Hörgrenze im Galtonpfeifchen reicht, untersucht und es ergaben sich folgende Resultate.

Unter den 158 zur Untersuchung gelangten Gehörorganen fand sich 48 mal totale Taubheit. Nur 15 Individuen waren doppelseitig total taub, ein Zögling musste wegen unbrauchbarer Angaben ausgeschlossen werden. Die übrigen 108 Gehörorgane waren nur partiell taub und lassen sich in folgende Gruppen scheiden. 1) Inseln. Als Insel wurde ein kleines continuirliches Hörbereich bis zur Ausdehnung von $2^1/_2$ Octaven bezeichnet. Derartige Inseln fanden sich in 28 Gehörorganen mit annähernd gleicher Häufigkeit in allen Octaven, von der grossen bis zur fünfgestrichenen. Hördauer war meist eine sehr kurze. 2) Lücken. Unterbrechungen in der Continuität der Tonreihe kamen in 20 Gehörorganen und zwar 16 mal als einfache, und 4 mal als doppelte. Ihre Ausdehnung erstreckte sich von einem $^1/_2$ Ton bis auf $3^1/_2$ Octaven. Ueber die Tonscala sind sie verbreitet von der kleinen Octave bis in den unteren Bereich des Galtonpfeifchens hinauf. Der neben den Lücken stehen gebliebene Hörrest hat eine sehr verschiedene Ausdehnung und er erstreckte sich in 4 Fällen bis herab in Subcontraoctave. Hördauer war in dem nach oben gebliebenen Rest durchgängig gering, im unteren Theil nicht selten auffallend lange Hördauer. 3) Nur einmal fand sich ein Defect des ganzen oberen Bereichs bis hinab zum g^2, während der ganze untere Theil der Scala bis in die Subcontraoctave hinein percipirt wurde. 4) 8 mal gleichzeitiger Defect an der oberen und an der unteren Tongrenze. Hördefecte an der letzteren schwanken zwischen 1 und $6^1/_2$ Octaven. Diejenigen an der oberen Grenze erstrecken sich in keinem Fall über das fünfgestrichene e herab. 5) In dieser Gruppe fanden sich am oberen Ende nur mehr unwesentliche Defecte, welche Galton 7 nach abwärts nicht überschreiten. Dagegen bestehen durchgehends grosse Defecte am unteren Ende der Scala, von $4^1/_2$ bis 7 Octaven. Diese Gruppe umfasst 18 Gehörorgane. In den Gruppen 4 und 5 beschränkt sich das Hörbereich bei einem Theil der Fälle auf wenige Octaven, so dass diese letzteren in natürlicher Weise sich an die Inseln anschliessen lassen. 6) In dieser letzten Gruppe finden sich, wie in der vorigen, nur unwesentliche Defecte am oberen Ende bis zu Galton 7, aber auch am unteren

Digitized by Google

Ende nehmen die Defecte successive an Umfang ab, von 4 Octaven bis zu $^1/_2$ Octave. Dies ist, abgesehen von der Totaltaubheit, die grösste Gruppe und umfasst 33 Gehörorgane. Zehnmal reicht der Hörbereich hier mehr oder weniger weit in die Subcontraoctave hinein. Die Fälle dieser Gruppe besitzen nicht nur die ausgedehntesten Hörstrecken, sondern es ist auch die Perceptionsdauer für die zur Messung verwendeten Stimmgabeln eine durchgängig längere und oft erstaunlich. Bei der Gesammtübersicht der Gruppen tritt die Thatsache hervor, dass Defecte am unteren Ende der Scala in grösserer Häufigkeit und in grösserer Ausdehnung vorkommen als am oberen Ende. Die Schlussfolgerungen, welche aus den Hörbefunden und ihrer Zusammenstellung sich ergeben, behält sich Vortr. für eine spätere Arbeit vor.

Discussion:

Dr. Bloch (Freiburg) macht darauf aufmerksam, dass man auch die Knochenleitung prüfen kann, wenn man der Press. centrip. den DV untersucht. Ferner lässt sich unter Umständen mit der binauralen Klangverstärkung mit unisonen Stimmgabeln etwa noch ein sehr schwaches Hörvermögen erkennen.

Gradenigo bemerkt, dass er seit Jahren in der Ohrprüfung nach der Hartmann'schen Methode die Knochenleitung, als zu complicirt, ganz ausser Acht lässt und ganz präcise differentielle Resultate nur mittelst der Luftleitungsprüfung erhält. Redner betont auch, dass, wo nach ihm die Differenz in den Resultaten der Prüfung mittelst Stimmgabel gegenüber denen mittelst anderen musikalischen Instrumenten in einigen Fällen existirt, nur auf das Vorhandensein bei Letzteren von Obertönen zurückzuführen ist. —

Bezold: Demonstration der continuirlichen Tonreihe.

Auf der letzten Versammlung der Ohrenärzte in Frankfurt theilte schon Vortr. mit, dass es ihm gelungen ist, den Münchener Physiker Dr. Edelmann für die Herstellung der continuirlichen Tonreihe zu gewinnen, und habe er damals bereits aus seiner technischen Anstalt hervorgegangene Pfeifchen und eine daran nach abwärts schliessende Stimmgabel vorgelegt. Grössere Schwierigkeit hat, wie zu erwarten war, die Herstellung der grossen Stimmgabeln bereitet, welche den übrigen Theil der Tonscala bis zu ihrem unteren Ende enthalten. Erst in den letzten Tagen ist die ganze Reihe fertig geworden, so dass sie heute in ihrer fertigen Gestalt vorgelegt werden können.

Verschiedene Gründe haben Dr. Edelmann veranlasst, für die grossen Stimmgabeln ein anderes Material zu wählen als Stahl. Der grösste Uebelstand, welcher bisher unseren Stimmgabeln anhaftet, war die Unmöglichkeit, auch bei gleicher Form und Grösse gleich intensiv schwingende und obertönefreie Instrumente zu erhalten. Der Grund liegt in der ungleichmässigen Structur des Stahles. Deshalb hat Dr. Edelmann für die tiefen Stimmgabeln Glockenmetall verwendet. Dadurch ist nicht nur ihre Bearbeitung bedeutend erleichtert, indem ihre Rohform, ebenso wie die Glocken, durch Guss erhalten wird, sondern es ist auch damit ein Material gewonnen, was durch seine gleichmässige Structur die Gleichmässigkeit der Stimmgabel sicher stellt. Die Schwingungen

Digitized by Google

der grössten Stimmgabel aus Glockenmetall haben sich mindestens ebenso ausgiebig und lang dauernd erwiesen, als diejenige der entsprechenden Stahlstimmgabeln. Als ein weiterer Vortheil des Glockenmetalles hat sich ergeben, dass der Eigenton einer gleich grossen Stimmgabel tiefer liegt. In Folge dessen ist die unterste Stimmgabel, trotzdem sie bis zu 14 Doppelschwingungen herabreicht, nicht mehr so unförmlich lang, wie unsere bisher benutzten Stahlstimmgabeln ausgefallen. — Eine wesentliche Verbesserung hat Dr. Edelmann ferner an den Laufgewichten erzielt dadurch, dass er einem derselben eine Hohlform gegeben hat; damit ist die Stimmgabel nicht nur viel handlicher geworden, sondern sie lässt sich auch mit ihrer einen Branche dem Ohre viel mehr nähern. Die Intensität ihres Tones hat dadurch so bedeutend gewonnen, dass man 14 V. d. noch mit Leichtigkeit zu percipiren im Stande ist. Noch höher ist ein zweiter Vortheil anzuschlagen, der durch diese Formveränderung des Laufgewichtes erreicht ist. Man hat nun bei der Annäherung dieser schwingenden Stimmgabel nicht mehr das fächelnde Kältegefühl, das im Zwischenraum zwischen den Branchen entstand, mit welchem die früheren C^2-Stimmgabeln dem Ohr genähert werden mussten, und die neue Stimmgabel verräth sich dem Untersuchten absolut durch nichts anderes, als durch ihren Eigenton. Die 5 unteren Stimmgabeln sind aus Glockenmetall gearbeitet. Sämmtliche Gabeln sind vollkommen obertönefrei, alle ihre Töne bis zu 14 Schwingungen herab sind kräftig und haben eine lange Schwingungsdauer. — Für die kleineren Stimmgabeln im mittleren Bereich der Tonscala hat sich der Stahl als vortheilhafteres Material erwiesen und dieselben sind auch in ihrer Form nicht geändert.

Von allen Ohrenärzten wird es wohl mit Dank begrüsst werden, dass die Bezeichnung der Tonhöhe sowohl nach Tönen, als nach Schwingungszahlen in genügend kleinen Intervallen auf allen Stimmgabeln eingetragen sind. Dieselben werden von Dr. Edelmann selbst mit dem Chronometer bestimmt, sind also vollkommen zuverlässig. Jede höhere Stimmgabel enthält noch den obersten Ton der vorausgehenden tiefern. Die Stimmgabelreihe schliesst wie bisher nach oben mit a^2 ab, daran schliessen sich noch zwei gedackte Pfeifen und das Galtonpfeifchen, welche Vortr. bereits in Frankfurt vorgezeigt hat. — Mit dieser Reihe hat ein langer und mit vielen Mühen vom Vortr. verfolgter Wunsch seine Erfüllung gefunden. Man hat jetzt eine tadellose continuirliche Tonreihe, welche den ganzen menschlichen Hörbereich umfasst und damit die Sicherheit, dass man künftig mit gleichartigen Prüfungsinstrumenten arbeiten werde.

Discussion:

Habermann erwähnt die Appun'schen Drahtstimmgabeln.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Bericht
über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington, 5.—8. Sept. 1893.

Von

Dr. **Max Thorner** in Cincinnati, O.

Schriftführer der Section.

Nach einer kurzen Begrüssungsanrede, in welcher er auf die Bedeutung von grösseren Congressen für den Meinungsaustausch der Special-Collegen hinwies, hielt der Vorsitzende, Dr. C. M. Hobby (Jowa City), eine Ansprache über

Die Verhütung der Taubstummheit.

Das Verhältniss der Taubstummen zur Gesammtbevölkerung bleibt, nach Volkszählungen zu schliessen, beinahe immer das gleiche. Wenn man die Irren, Idioten, Blinden und Taubstummen als einen Gesammttheil der Bevölkerung in Berücksichtigung zieht, so repräsentiren die Taubstummen ungefähr 14 pCt. derselben. Bei der Untersuchung, wie viele Fälle von Taubstummheit zu verhüten gewesen wären, treffen wir auf die von Lehrern und Verfassern von Lehrbüchern aufgestellte Behauptung, dass in 50 pCt. aller Fälle Taubstummheit angeboren sei. Diese Behauptung entspricht jedoch nicht den Thatsachen, wenigstens nicht in den Vereinigten Staaten, da man leicht nachweisen kann, dass nicht mehr als 14 pCt., und vielleicht nur 10 pCt., taub geboren sind. Erkrankungen des Mittelohres spielen auch nur eine untergeordnete Rolle in der Entstehung der Taubstummheit. Ernstliche Mittelohrerkrankungen in beiden Ohren werden in nur 14 pCt. dieser Fälle vorgefunden, und Erkrankung des Labyrinths ist in der Mehrzahl dieser Fälle anwesend. Selbst in Fällen von Scharlach sind ausgesprochene Mittelohrerkrankungen in weniger als der Hälfte der Fälle nachzuweisen.

Die hauptsächlichste Ursache von Taubheit, die Stummheit im Gefolge hat, ist in den verschiedenen Formen von Meningitis zu suchen, die während der ersten Lebensmonate vorkommen, und in der daraus entstehenden Erkrankung des Labyrinths, zumal da Cerebrospinalmeningitis ein wichtiger Factor in den Vereinigten Staaten ist.

Verhütung von Taubstummheit muss demnach ganz besonders in der Verbindung von klinischen und pathologischen Studien gesucht werden, und namentlich in der Pathologie von bisher wenig verstandenen Entzündungen der Pia mater. Grosse Schwierigkeiten entstehen in der Unmöglichkeit, Hörstörungen bei ganz kleinen Kindern nachzuweisen, und in der Thatsache, dass die Ohrenerkrankung der acuten Krankheit häufig ohne äusserliche Kennzeichen, und manchmal erst nach längerer Zeit folgt. Die Aufmerksamkeit namentlich der Hausärzte muss darauf gelenkt werden, dass Taubheit häufig ganz unbedeutend erscheinenden Erkrankungen von Kindern folgt, und dass der Verlust des Gehöres ungemein oft auftritt ohne Symptome, die auf eine Erkrankung des Ohres hinweisen.

Digitized by Google

Dr. J. A. Maloney (Washington): Otacustische Behandlung — Geschichte derselben und Behandlungsresultate.

Während der Verfasser sich vor dem Jahre 1886 mit physikalischen, und besonders acustischen Versuchen beschäftigte, erfand er das Instrument, dem er den Namen „Otophon" gegeben hat. Es ist verschieden von allen anderen derartigen Apparaten, und namentlich durch zwei Hauptmerkmale:

1) Es wird nicht in den äusseren Gehörgang eingeführt;

2) es ist ein Rohr, das an einem Ende mittelst einer elastischen, zwischen zwei Hartgummiringen straff gespannten Membran verschlossen ist, und schliesst dadurch eine Luftsäule ein. Dieses Instrument wurde dem College of Physicians in Philadelphia im Jahre 1887 vorgelegt, und Versuche wurden späterhin damit in der Pennsylvania Taubstummenanstalt angestellt, wie auch an dem nationalen College für Taubstumme in Washington. Der Verfasser kam dann zu der Ansicht, dass ein neues Feld in der Behandlung der chronischen Taubheit sich eröffnen möchte. Zu der Zeit war die hauptsächlichste Behandlungsmethode derartiger Zustände die Politzer'sche Luftdouche. Durch diese wurde zuweilen eine geringe Besserung durch Ausgleich des Luftdruckes auf beiden Seiten des Trommelfelles erzielt. Siegel's Otoscop und ähnliche Apparate wurden gleichfalls gebraucht; aber Erfolge waren nicht sehr häufig, da sie Geräusche hervorriefen, und das Ohr bei höheren und niederen Thieren eine Abneigung gegen dieselben besitzt.

Der Verfasser richtete darauf seine Aufmerksamkeit auf eine Methode der Massage des Gehörorgans, in welcher er Töne als Heilmittel bei chronischer Taubheit anwendete, und welche von ihm „Otacustische Behandlung" benannt worden ist. Während der ersten zwei Jahre waren seine Arbeiten mühevoll und zeitraubend, da sie ganz und gar empirisch waren, und er sich nicht auf die Erfahrung Anderer stützen konnte. Dass theilweise Anchylosis durch diese Form passiver Bewegungen erzeugt werden könnte, wurde von einigen der hervorragendsten Ohrenärzte anerkannt. Verfasser berichtet dann eine Anzahl von Fällen, in denen er gute Resultate mit dieser Methode erzielt hat.

In der folgenden Discussion giebt Verfasser an, dass das von ihm gebrauchte Instrument zur Zeit noch nicht im Handel zu haben ist. Dr. Bishop (Chicago) und Prof. Politzer und Andere sind der Ansicht, dass das demonstrirte Instrument ein sehr gutes Hörrohr darstelle, bezweifeln jedoch, dass es therapeutisch Verwerthung finden könne.

Verfasser giebt zu, dass er in geeigneten Fällen noch andere therapeutische Hilfsmittel benutze, dass er im Wesentlichen sich jedoch ganz auf sein Instrument verlasse; er beruft sich auf die guten Resultate, die er so weit erzielt habe, und hebt hervor, dass man natürlich methodische Hörübungen mit dem Instrumente anstellen müsse.

Dr. Max Thorner (Cincinnati): Pathologische Zustände, die im Gefolge des Ohrlöcherstechens auftreten.

Die Unsitte des Durchbohrens des Ohrläppchens zum Zwecke des Tragens von Ohrringen ist ein Ueberbleibsel barbarischer Gebräuche. Zum ersten Male wird es in der Bibel erwähnt, und hat sich seitdem unverändert erhalten. Ohrringe wurden zum Theil als Amulet oder Ta-

Digitized by Google

lisman gebraucht; meistens jedoch zum Zwecke des Schmuckes, namentlich beim weiblichen Geschlecht. Auch wurden sie gelegentlich (und werden noch) als populäres Heilmittel gegen alle möglichen Krankheiten (namentlich des Auges) auch von Männern getragen. Es werden jedoch nach dieser anscheinend unbedeutenden Operation nicht selten schwere Folgezustände beobachtet. Zerstreut in der Literatur finden sich Berichte von Fällen, in denen Trismus, Erysipel, schwere Bindegewebsentzündungen, Entstellungen, Neubildungen etc. diesem verwerflichen Gebrauche gefolgt sind. Die folgenden Fälle sind von dem Verfasser beobachtet worden:

Erysipel der Ohrmuschel. Drei Fälle. Der erste betraf ein zwei Jahre altes Mädchen, die beiden anderen waren erwachsene Frauen, in denen ein schwerer Anfall von Erysipel, das sich über Hals, behaarte Kopfhaut und Gesicht erstreckte, sich bald, nachdem die Ohrringe mit mehr oder weniger Gewalt eingelegt waren, einstellte.

Verletzungen. Zwei Fälle wurden berichtet, in welchen das Ohrläppchen dadurch gespalten wurde, dass die Ohrringe im Laufe der Zeit durch das Läppchen durchschnitten. In einem dieser Fälle war der Ring wieder eingelegt worden, und zwar nahe dem älteren Spalte. Die Folge war, dass er wieder durchschnitt und ein dreigespaltenes Ohrläppchen resultirte. Eine Operation nach der von Knapp angegebenen Methode (ähnlich der Schnittführung bei der Langenbeck-Mirabault'schen Hasenscharten-Operation) corrigirte den cosmetischen Fehler in zufriedenstellender Weise. In einem anderen Falle hatte der Ohrring eine Oeffnung von der Grösse eines gewöhnlichen Bleistiftes verursacht. Anfrischen der Ränder und eine Sutur beseitigten diesen Defect.

Eczem der Ohrmuschel. Dieses wird häufig im Gefolge von Ohrlöcherstechen, oder nach dem gewaltsamen Einlegen von Ringen in verschlossene Löcher beobachtet, und zwar sowohl in der acuten wie chronischen Form. Das acute Eczem verschwindet gewöhnlich rasch nach Beseitigung der Ursache (i. e. des Ringes) und geeigneter Salbenbehandlung (z. B. mit Ungt. Diachyl.); das chronische ist jedoch gewöhnlich weit hartnäckiger.

Geschwülste der Ohrmuschel. Drei Fälle wurden beobachtet. Der erste war der eines Fibro-Chondroms der Ohrmuschel bei einer weissen, 32jährigen Dame. Begann vor 10 Jahren, nachdem die Gegend des Ohrläppchens, wo sich die Oeffnung befand, schon lange vorher sich in einem entzündlichen Zustande befunden hatte. Wurde zwei Mal operativ entfernt. Recidive traten jedesmal bald nach der Operation auf. Als die Geschwulst vor drei Jahren die Grösse einer kleinen Kastanie erreicht hatte, wurde sie durch eine keilförmige Excision entfernt, und ist seitdem nicht recidivirt.

Der zweite Fall war der eines typischen Fibroms der Ohrmuschel. Die Patientin war eine 35 Jahre alte Weisse. Im Alter von 15 Jahren wurden ihre Ohrringe beiderseits durch einen Unfall ausgerissen. In beiden Ohrläppchen bildete sich eine Geschwulst aus, die zwei Jahre später excidirt wurde. Der linksseitige Tumor hat sich nie wieder gezeigt. Dagegen recidivirte der Tumor im rechten Ohrläppchen sechs Mal. Vor zwei Jahren hatte derselbe die Grösse einer Wallnuss erreicht,

Digitized by Google

und umfasste beinahe die ganze Ohrmuschel, die damals amputirt wurde. Seitdem kein Recidiv.

Der dritte Fall war ein Keloid des Ohrläppchens und der benachbarten Gesichtshaut. Patientin war eine unverheirathete Dame, weiss, 35 Jahre alt. In ihrem achtzehnten Jahre entwickelte sich in dem rechten Ohrloche eine kleine, äusserst schmerzhafte Geschwulst. Während der folgenden 17 Jahre war dieselbe für sie die Ursache ungezählter Leiden. Patientin wurde im Laufe der Zeit sechs Mal mit dem Messer operirt, während ausserdem alle erdenklichen Aetzmittel, Electrolysis, subcutane Einspritzungen etc. immer und immer wieder ohne Erfolg angewandt wurden. Der Schmerz in der Geschwulst, der sie selten ganz verliess, war besonders scharf während der Menstruation. Die Geschwulst war flach, etwa 3½ Ctm. lang und 2 Ctm. breit, erstreckte sich von den narbenförmigen Resten des Ohrläppchens in die Wangenhaut, war etwa 4—5 Mm. über das Niveau der Haut erhaben, und auf der Unterlage beweglich. Sie wurde durch einen elliptischen Einschnitt in gesunder Haut und mit einem Theile des unterliegenden Fettgewebes entfernt. Zur Zeit des Berichtes, 14 Monate nach der Operation, war kein Anzeichen eines Recidivs zu entdecken, während vorher die Geschwulst gewöhnlich nach 6 Monaten sich wieder bemerklich machte. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass es sich um ein typisches Keloid handle.

Verfasser ist der Ansicht, dass diese und ähnliche Zustände häufiger beobachtet werden, als man allgemein annimmt, und spricht die Hoffnung aus, dass die barbarische Unsitte des Ohrlöcherstechens bald der Vergangenheit angehören möge.

Discussion:

Prof. Politzer fragt, wie viele Fälle von Tumoren der Ohrmuschel im Ganzen vom Verfasser beobachtet seien, und ob er solche auch unter der farbigen Bevölkerung angetroffen habe.

Dr. Thorner hat nur die berichteten drei Fälle von Geschwülsten gesehen, die alle an weissen Patientinnen vorkamen. Er hat aber gehört, dass dieselben häufiger bei der farbigen Bevölkerung angetroffen werden.

Dr. Holmes bemerkt, dass er vier Mal Geschwülste der Ohrmuschel bei Negerinnen gesehen hat, die auf das Tragen von Ohrringen zurückzuführen waren. In einem Falle nur konnte er operiren, und zwar vor vier Jahren. Ein Recidiv ist bis jetzt nicht erfolgt.

Prof. Dr. A. Politzer (Wien): Eine eigenthümliche Affection der Labyrinth-Capsel als eine häufige Ursache von Taubheit.

Eine besondere Form von Taubheit kommt gewöhnlich bei älteren Personen vor, und ist verursacht durch eine pathologische Veränderung der Labyrinth-Capsel. Bei der Untersuchung einer Anzahl von Schläfebeinen von Personen, die an progressiver Taubheit gelitten hatten, fand der Verfasser umschriebene knöcherne Hervorragungen in der Nachbarschaft der Fenestra ovalis. Diese Protuberanzen hatten die Grösse eines Hirsekörnchens, waren gegen die Ränder zu etwas abgeflacht und unterschieden sich von den umgebenden Theilen durch ihre gelbe Farbe. Die

Digitized by Google

Schleimhautauskleidung der Paukenhöhle war gewöhnlich normal, gelegentlich jedoch etwas verdickt. Die Fenestra ovalis war in einigen Präparaten normal, in anderen aber durch die Protuberanzen etwas eingeengt. Der Steigbügel war meistens unbeweglich, in einigen wenigen Präparaten jedoch ein wenig beweglich.

Veränderungen in dem Stapedio-vestibular-Gelenk wurden früher von dem Verfasser sowohl als von Anderen als durch chronischen Mittelohrcatarrh verursacht angesehen. Das Studium der den Anwesenden demonstrirten Präparate beweist jedoch, dass diese Anschauung nicht richtig war, und dass diese Fälle, die gewöhnlich als Theilerscheinungen des trockenen, sclerotischen Mittelohrcatarrhs angesehen wurden, in Wirklichkeit durch eine primäre Veränderung in der Labyrinth-Capsel hervorgerufen werden.

Microscopisch zeigen sich folgende Veränderungen: Die Theile, welche die Fenestra ovalis umgeben, sind in neugebildetes Knochengewebe verwandelt. Die normaler Weise vorhandene Gelenkverbindung zwischen Steigbügel und Fenestra ovalis ist gänzlich verschwunden. Die Fussplatte des Steigbügels ist häufiger verdickt bis zu dem fünf- und sechsfachen der normalen Dicke. Die knochenbildenden Veränderungen nehmen ihren Ursprung in der knöchernen Capsel des Labyrinths, und erstrecken sich bis zur Fenestra ovalis und der Fussplatte des Steigbügels; bisweilen sogar bis gegen die Cochlea und das Vestibulum. Gelegentlich verursachen die knochenbildenden Veränderungen nur partielle Ossification der Steigbügel-Vorhof-Gelenkverbindung, so dass wir in demselben Präparate einen Theil der Gelenkverbindung völlig ossificirt und einen anderen noch häutig finden. Diese partielle Ankylose erklärt, warum in einigen Fällen das Gehör für laute Stimme noch vorhanden ist.

Das neugebildete Knochengewebe färbt sich tiefer mit Carmin, und dieser Farbenunterschied macht es uns möglich, das pathologische Gewebe von dem normalen sogar macroscopisch unterscheiden zu können.

Diese eigenartigen Veränderungen, die ihren Ursprung in einer primären Entzündung der Labyrinth-Capsel nehmen, stellen eine Form der progressiven Taubheit dar; es ist jedoch eine bewiesene Thatsache, dass auch andere pathologische Zustände, die ganz und gar verschiedenen Characters sind, und die durch chronischen Mittelohrcatarrh hervorgerufen sind, ähnliche klinische Symptome erzeugen können.

In ätiologischer Hinsicht ist wenig bekannt. Dass Syphilis gelegentlich dabei eine Rolle spielen kann, ist durch die Untersuchungen von Moos wahrscheinlich gemacht worden.

Zum Schlusse weist Verf. auf die practischen Schlussfolgerungen seiner Untersuchungen hin, da sie erklären, warum unsere Bemühungen in derartigen Fällen nicht immer von Erfolg gekrönt sind. Eine Operation kann nur dann Hoffnung auf Erfolg geben, wenn noch keine Ankylosis vorhanden ist; und selbst in Fällen sofortiger Gehörsverbesserung nach der Operation können wir kaum ein bleibendes Resultat erwarten, wenn wir es mit pathologischen Zuständen, wie sie an den Präparaten demonstrirt worden sind, zu thun haben; denn dieselben sind progressiver Natur, und selbst die Extraction des Steigbügels würde einen Verschluss des ovalen Fensters nicht verhindern.

Digitized by Google

Dr. Felix Cohn (New-York): Ueber die Anwendung von Stacke's Methode in chronischem Mittelohrcatarrh.

Die Resultate, die durch die gewöhnliche Operation im Mittelohrcatarrh erzielt worden sind, sind bis jetzt nicht sehr zufriedenstellend ausgefallen, so dass Verf. Versuche gemacht hat, Stacke's Operationsmethode für derartige Fälle in Anwendung zu ziehen, welche Methode er für diese Fälle die extra-auriculäre, im Gegensatz zu der gewöhnlichen, intra-auriculären, Methode nennt. Obgleich Fälle der Anwendung dieser Methode bei chronischem Mittelohrcatarrh bis jetzt nicht berichtet sind, so schien doch diese Methode a priori beträchtliche Vortheile vor der gewöhnlichen Methode zu haben, und zwar besonders darin, dass die Neubildung des Trommelfells verhindert werden möchte, wenn dasselbe gänzlich mit dem Limbus entfernt würde; und dann, dass dadurch, dass die äussere Wand des Atticus entfernt wird, eine grössere Contactfläche auf Steigbügel und ovalem Fenster für Tonwellen geschaffen wird; und ferner, dass die intra-auriculäre Methode eine so durchgehende Asepsis nicht zulässt; und dass endlich, da das Operationsfeld grösser ist, die erfolgreiche Entfernung der Gehörknöchelchen in allen Fällen gesichert ist. Da die Operation als ein Versuch gemacht wurde, wurde in beiden Fällen nur ein Ohr operirt. In dem einen Falle wurde durch die Operation ein sehr unangenehmer Tinnitus in dem betreffenden Ohre gänzlich beseitigt und das Gehör bedeutend verbessert. In dem zweiten Falle wurde das Gehör sofort nach der Operation sehr viel verbessert; nach sechs Wochen hatte sich jedoch diese Verbesserung wieder verloren.

Der Verfasser glaubt nicht, dass diese Methode der extra-auriculären Operation bei chronischem Mittelohrcatarrh eine grosse Anwendbarkeit habe. Die Methode hat sich jedoch als ungefährlich erwiesen und mag in manchen Fällen Anwendung finden können, wo die intra-auriculäre Methode ausgeschlossen ist. Bei verbesserter Diagnose und vorsichtiger Auswahl der Fälle glaubt Verf., dass durch Stacke's Operation sich bessere Resultate werden erzielen lassen, als durch die intra-auriculäre Methode.

(Schluss folgt.)

II. Referate.[1]

a) Rhinologische:

Nasalasthma, mit einem circumscripten Hautödem abwechselnd. (Asthme nasal alternant avec un oedème circonscrit de la peau.) Von Dr. Réthi. (Archivos internationales de rinologia et laryngologia, April 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Eine 22jährige Dame hat häufige asthmatische Anfälle in Folge von Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln; während eines Anfalles ist die Nase ganz verstopft. Heilung durch Cocainbepinselungen jedes Mal. Galvanocaustik brachte Heilung; während der galvanocaustischen Be-

[1]) In der letzten Nummer dieser Monatsschrift soll es Seite 383, Zeile 20 von unten, statt „Laek, Leck etc." heissen „Hack, Heck etc."

Digitized by Google

handlung kam jedes Mal mit der entzündlichen Reaction statt eines asthmatischen Anfalles ein umschriebenes Oedem bald der Hände, bald der Füsse, bald der Vorderarme, bald des rechten Oberschenkels, jedes Mal mit schmerzhafter Hautspannung; am anderen Morgen war dann Alles verschwunden. Verf. führt Asthma und Oedem auf das Nasenleiden zurück; das Oedem ersetzte jedes Mal den Asthmaanfall, kam zu derselben Stunde und dauerte ebenso lange; mit der galvanocaustischen Zerstörung des cavernösen Gewebes hörten Asthma und Oedem auf.

Dr. P. K.

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes oder Hypertrophie der Rachentonsille. (Tumeurs adénoides du pharynx nasal ou hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.) Von Dr. Beco. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège, séance de 2 Août 1893.)

Verf. giebt die bekannten Symptome und die Wichtigkeit der Erkrankung, betont die Einfachheit der Diagnose und die traurigen Folgen der Erkrankung bei Nichtbehandlung, räth so früh als möglich und immer chirurgisch zu behandeln. Dr. Schiffers betont, dass die Krankheit auch bei Erwachsenen vorkomme, wo aber wegen Fehlens des „adenoiden Gesichtsausdruckes" die Diagnose schwieriger sei; solche Patienten sehen oft sehr intelligent aus; man muss eine weiche Form, welche oft bei der Pubertät von selbst verschwindet und eine harte Form, welche nur dem chirurgischen Instrument weicht, unterscheiden; die Fälle von schlecht entwickeltem Oberkiefer und adenoidem Gesichtsausdruck, welche wir bei Erwachsenen mit freiem Nasenrachenraum finden, sind auf das Vorhandensein solcher adenoiden Wucherungen im Kindesalter zurückzuführen; das Experiment am Thiere (Ziem) bestätigt diese Annahme. Die Aprosexie, welche auch bei intactem Gehörsinn besteht, fehlt nie; solche Kinder geben nicht Acht, trotzdem sie gut hören; sie geben Acht, nachdem sie operirt worden sind; man muss also ein Kind mit „adenoidem Aussehen" nicht immer zu den Minderbegabten zählen, nach überstandener Operation gehören solche Kinder oft zu den intelligenten; wenn Sprachstörungen und näselnde Stimme noch nach der Operation bestehen, so muss man selbe auf eine Parese des Gaumensegels zurückführen; letztere verschwindet schneller bei faradischer Behandlung. Die mechanische Taubheit ist die grösste Seltenheit, gewöhnlich entsteht sie durch Entzündung vor der Operation; nach der Operation ist letztere durch Bettruhe und antiseptische Nasenbehandlung zu vermeiden; letztere Behandlung ist bei jedem an Lymphgefässen reichen Organe nach einer Operation zu beobachten. Schon die älteren Autoren haben diesen „adenoiden Typus" beschrieben, ohne seine Ursache zu kennen; selbst die Künstler haben selben dargestellt. Die Klinik ist hier der pathologischen Anatomie zuvorgekommen; Dr. Grosjean behauptet, dass die Hypertrophie der hinteren Abschnitte der Nasenmuscheln von früher dagewesenen adenoiden Wucherungen abzuleiten sind; letztere bringen Nasenverstopfung für sich allein, ein Grund mehr, die adenoiden Vegetationen frühzeitig zu behandeln; Grosjean sah ausgesprochene adenoide Vegetationen während eines Typhusanfalles verschwinden.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Anosmie und Cacosmie. (Anosmie et Cacosmie.) Von Dr. Luis Suné. (Revista di laringologia, otologia y rinologia, Aug. 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Einige topisch angewandte Medicamente bringen Anosmie, derenwegen der Patient mit Recht den Arzt anklagt. Als Ursache einer oft hartnäckigen Anosmie ist in erster Reihe das Chlorzink zu rechnen; selbes ist also aus der Nasenbehandlung auszuschliessen; Verf. hat in einem Fall, wo Chlorzink in selbst schwacher Lösung angewandt wurde, zwei Monate anhaltende Anosmie mit nachfolgender Cacosmie beobachtet; der Geschmack der Speisen und Getränke wurde in fötide Geruchsempfindung umgewandelt; dabei war macroscopisch nichts an der Nasenschleimhaut zu bemerken. Dr. P. K.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Die Massage bei einigen Halsleiden. (Le massage dans quelques maladies de la gorge.) Von Dr. Camillo Poli. (Gazzeta degli ospitali, Juni 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die Massage der obersten Luftwege ist eine rationelle Methode, wenn Verf. auch nicht die eclatanten, von Braun und Laker erwähnten Erfolge hatte. Er gebraucht eine 20 Ctm. lange, in Form von U umgebogene Sonde, welche mit einem in eine indifferente Flüssigkeit getauchten Wattetampon versehen ist; er cocainisirt vorher mit 10procentiger Lösung und massirt alle 2 Tage während 10 Minuten. Der Mund und Pharynx wird gestrichen, das Cavum wird geklopft. Bei acuter Pharyngitis wurde die Massage schlecht vertragen, die erstere, von Gerot angerathene Massage war besser. Der beste Erfolg war bei chronischer Pharyngitis; bestehende Granulationen und hypertrophische Mandeln mussten vorher operirt werden. Bei atrophischer Pharyngitis war der Erfolg besser, wenn statt Oel oder Glycerin eine nicht indifferente Flüssigkeit, wie Jodtinctur, angewandt wurde. Dr. P. K.

Lähmung des rechtsseitigen Halssympathicus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling. Von A. Schapringer in New-York. (American Journal of Ophthalmology, October 1893. — Krankenvorstellung in der Deutschen Med. Gesellsch. von New-York, 6. Nov. 1893.)

Ein 9 Monate altes Kind weiblichen Geschlechts wird wegen seines rechten Auges vorgestellt, das die Symptome der sogenannten Hornerschen Lähmung darbietet. Das obere Lid hängt herab, wird aber beim Blick nach oben etwas gehoben, der Durchmesser der rechten Pupille ist um die Hälfte kleiner als derjenige der gesunden Seite. Es handelt sich also um Lähmung der Augenzweige des rechten Nervus sympathicus. Unterschiede in dem Füllungsgrade der Hautgefässe der beiden Gesichtshälften, insbesondere der Ohren, sind zur Zeit nicht wahrnehmbar. Nach Angabe der Mutter schwitzt die rechte Gesichtshälfte nicht. Im sechsten Lebensmonat war das Kind von einem Retropharyngealabscess befallen worden, welcher wiederholt vom Munde aus eröffnet wurde. Es war damals so elend, dass von competenter Seite eine lethale Prognose ge-

Digitized by Google

stellt wurde. Das Kind erholte sich aber ganz unerwarteter Weise ziemlich rasch und ist gegenwärtig im Ganzen sehr munter.

In der Literatur werden Halsabscesse als Ursache von Sympathicuslähmung wohl angeführt, doch scheint eine derartige Lähmung als Folge eines Retropharyngealabscesses bei einem Säugling noch nicht beobachtet worden zu sein. Autoreferat.

Ueber eine bis jetzt unvollständig beschriebene Phlegmone des Halses; schwere Phlegmone der Cavitas glosso-thyroepiglottica. (Sur une variété incomplètement décrite de phlegmon du cou; phlegmon grave de la loge glosso-thyroépiglottique.) Von Dr. Brousses und J. Beault. (Revue de chirurgie, Février 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Hinten unter der Zunge gelegen, bildet diese Tasche ein Prisma mit nach oben gekehrter Basis; die obere Kante dieses Prisma ist durch die Insertion der Epiglottis an die Cartilago thyroidea gebildet; eine median gestellte Scheidewand theilt diese Tasche in zwei gleiche Theile. Eine in dieser Tasche sich entwickelnde Phlegmone hat ausser den allgemeinen Symptomen (Dysphagie, Aphonie, Dyspnoe) Anfangssymptome, welche nie trügen: Schwellung und Schmerz, localisirt an einer zwischen der Regio supra- und infrahyoidea gelegenen circumscripten Stelle; die Schwellung ist hart anzufühlen wegen des Widerstandes Seitens der die Eiterung begrenzenden Wände; leichte Schwellung der Regio glossoepiglottica und Intactsein des Bodens der Mundhöhle, der Zunge und des Pharynx. Schwere Erkrankung wegen drohender Erstickung, Diffusion und Septicämie. Nach eingetretener Diffusion schwinden obige Symptome und der Abscess sieht einer suprahyoidalen Phlegmone ähnlich. In dem von dem Verf. beobachteten Falle war eine heftige Angina nebst Erkältung vorhergegangen; der Streptococcus pyogenes wurde in dem Eiter nachgewiesen. Im Anfangsstadium soll die Laryngotomia hyothyroidea ausgeführt werden; in einem späteren Stadium, wo das Uebel nicht mehr von einem tiefen suprahyoidalen Abscess unterschieden werden kann, soll man median tief einschneiden und die Musculi geniohyoidei durchtrennen. Dr. P. K.

Tabetisches Mundgeschwür. (Ulcère de la bouche d'origine tabétique.) Von Dr. Hudelo. (Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, Séance du 18 Mai 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Tabetisch, früher syphilitisch; trophische Läsionen im Munde, welche Anfangs in Ausfallen der Zähne und Exfoliation der alveolären Ränder beider Kieferknochen, dann in Geschwüren des Mundes bestanden. Diese letzteren sehen schmutzig aus, sind vollständig schmerzlos, dringen bis auf den Knochen und lassen von Zeit zu Zeit Knochensplitter durch ihr Lumen durch. Man kann selbe also dem Mal perforans anschliessen; sie entstehen wahrscheinlich aus einer Neuritis des Quintus, weil die Mucosa des Mundes und die ganze Gesichtshaut unempfindlich sind. Man hat also mit einem wirklichen Mal perforans des Mundes zu thun. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von Tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle. Von Dr. L. Réthi in Wien. (Separat-Abdruck aus der „Wiener medicinischen Presse". No. 19, 1893.

Bei einem 31jährigen, weder mit Lues noch mit Tuberculose hereditär belasteten Manne, der seit 8 Jahren an Husten und zeitweilig an schmerzhaften Schlingbeschwerden und Heiserkeit gelitten hatte, wurde bei dessen erster Untersuchung im October 1888 beginnende Tuberculose der linken Lungenspitze und hochgradige tuberculöse Affection des Kehlkopfes constatirt. Bald trat auch eine solche der rechten Lungenspitze hinzu, sowie Verschlimmerung im Kehlkopfe. Nachdem der Kranke im März 1890 einige Zeit ausgeblieben war, kam er mit einem Geschwür am linken Oberkiefer, welches sich angeblich nach Extraction eines Zahnes und einiger Zahnwurzeln gebildet hatte. Das atonische Geschwür reichte vom zweiten Schneidezahn bis zum ersten Molaris und wies deutlich den Character tuberculöser Geschwüre auf. Ein excidirtes Stückchen zeigte Rundzelleninfiltration, Langhans'sche Riesenzellen, spärliche Tuberkelbacillen. Syphilis hatte Patient nie gehabt, auch blieb Jodkali erfolglos. Wiederholte Excochleation und Milchsäureapplication half nur vorübergehend. Im Sommer 1891 war schon Communication mit der Nasen- und Kieferhöhle constatirbar. Am linken Oberkiefer fehlten alle Zähne, ein Stück des harten Gaumens. Der Substanzverlust durchsetzte die ganze Dicke des Proc. alveolaris, man sah den unteren Nasengang und gelangte aussen von ihm mit der Sonde in die Kieferhöhle. Die linke Nasenhälfte war durch Verdickung der Schleimhaut der Concha inferior impermeabel. Im März 1892 Paquelinisirung des ganzen Geschwüres und Abmeisselung eines Theiles des harten Gaumens auf der Klinik Albert. Stellenweise Uebernarbung, wegen Schling- und Sprachstörung Application eines Gebisses mit Obturator. Bald bedeckte sich der Substanzverlust wieder mit tuberculösen Granulationen, am Halse traten Drüsenschwellungen und ein kalter Abscess auf. Ende Februar 1893: hochgradige Cachexie in Folge vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopfphthise, der Mundhöhlen-Defect vom zweiten linken Mahlzahn fast bis zur Mittellinie reichend, das Geschwür umgreift sogar den rechten zweiten Schneidezahn. Das Septum narium, die exulcerirte, grau granulirte, eitrig belegte Kieferhöhlenschleimhaut, untere Nasenmuschel gut sichtbar, ferner durch die Rhinoscopia anterior eine vom Nasenboden emporsteigende, doppelterbsengrosse, graurötbliche Wucherung, an welch' letzterer vorbei die Sonde in die Mundhöhle gelangt. Patient starb, wie R. später vernahm, an intercurrenter Influenza-Bronchitis. Hitschmann.

Innere Behandlung der acuten Pharyngo-Amygdalitis. (Traitement médical de l'amygdalite et de la pharyngite aigues.) Von Dr. James E. Newcomb. (La Revista medico-quirurgica, October 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No 10, 1893.)

Die Wirkung der Medicamente bei meist von selbst heilenden Krankheiten ist schwer zu beurtheilen. Bei der acuten Pharyngo-Amygdalitis schien Salol (zweistündlich 5 Gramm) am besten, dann Tinct. guajaci ammoniacalis (zweistündlich 1 Gramm) und dann erst Natron salicylicum am langsamsten zu wirken. Dr. P. K.

Digitized by Google

Pharynxblutung. (Sur un cas de pharyngite hémorrhagique.) Von Dr. Natier. (Société française d'otologie et de laryngol., Séance du mois de Mai 1893.)

Ein 20jähriger Sänger bekommt nach Ueberanstrengung der Stimme Blutspeien, welches sich am Abend und am anderen Morgen in vergrössertem Maassstabe wiederholte. Nach 2 Tagen bemerkt Verf., dass das Blut von der rechten hinteren Pharynxseite kommt; Varices bestehen nicht; die Blutung dauerte im Ganzen acht Tage. Ergotin, Bepinselungen mit Citronensaft und Chlorzink brachten Heilung. Dr. P. K.

Ueber acute rheumatische Pharyngomyositis. (Sur la pharyngomyosite aigue rheumatismale.) Von Dr. Mercantino. (Gazzeta medic. di Torino, December 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Seltene, in den meisten Handbüchern nicht angeführte Krankheit. Sie ist gekennzeichnet durch ihr Entstehen durch Erkältung, starke, bei Druck und Schlucken sich steigernde Schmerzen, normales oder kaum geröthetes Aussehen des Pharynx, gar kein oder kaum bemerkbares Fieber, schnelle Heilung durch Antirheumatica, Massage und warme Aufschläge. Dr. P. K.

Ueber Amygdalitis, über deren verschiedene Formen, Ausgang und Behandlung. (Les amygdalites, leurs diverses formes, terminaison et traitement.) Von Dr. V. Grazzi. (Il Sordomuto, Juli 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. sieht in den Mandeln lymphatische, Leucocyten bildende Drüsen; sie hätten also keine mucinbildende (Pessen) und keine geschmackvermittelnde (Petras) Functionen. Alcalien, Hitze und Cocain wirken am besten. Hydrotherapie hilft gegen Recidive. Die parenchymatöse Amygdalitis muss ebenso behandelt werden; Prognose schlechter. Dr. P. K.

Verhältniss der Zungenmandelblutungen und der Lungenblutungen. (Hémorrhagies de l'amygdale linguale et hémoptysies.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1893.)

Bei zweifelhaften Blutungen aus den Respirationsorganen soll vor Allem der Pharynx und der Larynx untersucht werden. Oft entstehen solche Blutungen aus varicös erweiterten Venen der Zungenbasis, wovon Moure und Manon zwei Fälle anführen. Verf. sucht durch drei Fälle die Rolle der hypertrophischen Zungentonsille bei solchen Blutungen festzustellen: Husten ist ein Symptom der hypertrophischen Zungenmandel; dieser Husten ist sehr hartnäckig, beunruhigt den Pat. sowohl, als den behandelnden Arzt; kommen nun Blutungen aus den varicös erweiterten Zungenbasisvenen hinzu, so ist die Furcht noch begründeter; wenn auch keine Varicen vorhanden sind, so können dennoch Blutungen aus der Zungenbasis entstehen; man kann solche als capilläre Blutungen ansehen; zur Zeit der Menstruation entstehen solche Blutungen am leichtesten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Blutspeien und Blutungen aus der Zungenmandel. (Hémoptysies et hémorrhagies de l'amygdale linguale.) Von Dr. Joal. (Société française d'otologie et de laryngologie, Séance du mois de Mai 1893.)

Verf. erzählt drei Fälle, wo wegen anderweitiger Symptome Blutspeien als beginnende Tuberculose gedeutet wurde, während das Blut ganz einfach aus der Zungenmandel kam. Dr. P. K.

Ein Fall von Tonsilla pendula mit Perforation des hinteren Gaumenbogens. Von Dr. L. Réthi in Wien. (Separatabdruck aus „Wiener medicinische Blätter", No. 14, 1893.)

Nach einer Uebersicht über die wenigen veröffentlichten Fälle von Tonsilla pendula berichtet R. seine eigene Beobachtung. Der 35jährige Patient hatte im dritten Jahre Masern, nachher oft Halsentzündungen und Schnupfen durchgemacht. Zu jener Zeit traten öfters Anfälle von Krampfhusten, jeden zweiten bis dritten Tag auf, auch noch mitunter in den letzten Jahren, besonders bei zufälliger acuter Pharyngitis oder Laryngitis. Die ärztliche Untersuchung hatte sich stets nur auf die Brustorgane beschränkt, an eine Inspection des Halses oder Kehlkopfes kann sich Patient nicht erinnern. Herz und Lunge waren normal. Larynxschleimhaut nur über den Aryknorpeln etwas geröthet, die Stimmbänder röthlich. Die linke Mandel, viel kleiner als die rechte, prominirte nur wenig zwischen den Gaumenbogen und vom linken Arcus palatopharyngeus ging hoch oben von der vorderen Fläche desselben, 0,5 Ctm. unterhalb der Vereinigungsstelle der beiden Gaumenbögen ein dünner Stiel von der Farbe der letzteren ab. Er legte sich dem hinteren Gaumenbogen dicht an und endigte in einem halbhaselnussgrossen Tumor, der in den laryngealen Theil des Rachens hinabhing, den linken Rand der Epiglottis fast erreichte und das Aussehen einer mässig zerklüfteten, gefurchten und mit kleinen Spalten und Oeffnungen versehenen Gaumenmandel darbot.

Dieser Befund war mit einer, an und für sich seltenen angeborenen Perforation des hinteren Gaumenbogens derselben Seite combinirt. Am linken hinteren Gaumenbogen war eine dem freien Rande des Gaumenbogens parallele schlitzförmige Oeffnung, die knapp unter der Ansatzstelle des Stieles der pendelnden Tonsille begann und 1,5 Ctm. lang nach unten verlief. Der Rand der Oeffnung war glatt, gleichmässig, nirgends narbig. Deglutition und vollständiger Abschluss gegen den Nasenrachenraum war im Gegensatze zu den ulcerösen Defecten intact. Da anderweitig nichts Pathologisches zu finden war, durften wohl die Hustenanfälle durch den Reiz der pendelnden Geschwulst auf den Kehldeckel ausgelöst worden sein. Die Abtragung des Stieles von der Insertion geschah mit der Scheere, die Stillung der ziemlich intensiven Blutung mit dem Thermocauter. In den seither verflossenen zwei Jahren trat kein krampfhafter Hustenanfall mehr auf.

Die Untersuchung des Tumor ergab Plattenepithel an der Oberfläche, darunter diffus angeordnetes adenoïdes Gewebe, in welchem umschriebene, in ein derbes bindegewebiges Stroma eingelagerte Follikel vorhanden waren. Hitschmann.

Digitized by Google

Submucöse, sich wiederholende Blutungen der wahren Stimmbänder. (Hémorrhagies sousmuqueuses et à répétition des cordes vocales inférieures.) Von Dr. Poyet. (Société française d'otologie et de laryngologie, Séance du mois de Mai 1893.)

Eine Sängerin empfindet plötzlich bei Ueberanstrengung der Stimme Schmerz in der Schildknorpelgegend; Heiserkeit und darauf gänzliche Aphonie mit dem beständigen Bedürfniss, zu hüsteln; sonst nicht krank. Rechtes wahres Stimmband ecchymotisch angeschwollen, Heilung nach 10 Tagen. Nach fünf Monaten dasselbe Ereigniss und dieselbe Ursache.

Eine Sängerin bekam Heiserkeit beim Singen hoher Töne während der Menstruation; das Stimmband war schwarz, beträchtlich angeschwollen, einer Olive ähnlich. Heilung nach 3 Wochen; drei Mal Recidive unter denselben Verhältnissen.

Der dritte Fall betrifft einen Bluter, welcher ausserdem noch Blutspeien hatte. Vier Recidiven. Dr. P. K.

III. Kritik.

Handbuch der Ohrenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Schwartze, Königl. preuss. Geh. Medicinalrath und Director der Königl. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. II. Band. Mit 177 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1893.

In verhältnissmässig kurzer Zeit ist dem ersten, in dieser Monatsschrift bereits besprochenen Bande dieses umfangreichen Werkes [1]) nunmehr der zweite gefolgt und damit das Werk vollendet. Programmgemäss enthält dieser 903 Druckseiten starke Band die ausführliche Schilderung der speciellen Pathologie und Therapie der Ohrenkrankheiten, eine kurz gefasste Beschreibung der Nasenrachenkrankheiten und zum Schluss eine Geschichte der Ohrenheilkunde bis zum Beginne der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts.

Bei Beschreibung der Ohrenkrankheiten ist die anatomische Reihenfolge eingehalten, so dass mit der Schilderung der Krankheiten des äusseren Ohrtheiles begonnen wurde. In zwei Kapiteln, deren erstes die Krankheiten der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges, das zweite die Krankheiten des Trommelfelles schildert, hat Prof. Kirchner in klarer und lehrreicher Weise das Wissenswerthe mitgetheilt. Kirchner ist hierbei in den Hauptsachen den Lehren der Wiener Schule, an der er seine Ausbildung genoss, treu geblieben, und was er mittheilt und die Art, wie er es mittheilt, trägt den Stempel einer auf reichlicher Erfahrung sich stützenden Ueberzeugung. In den einzelnen Paragraphen werden die Verletzungen, das Othämatom, die Perichondritis, die Phlegmone und Gangrän der Ohrmuschel, Verbrennungen und Erfrierungen, Eczem, Herpes, Syphilis, dann die selteneren Hautkrankheiten, wie Pruritus, Lichen ruber, Pityriasis, Psoriasis, Lupus, sowie die Neurosen der Ohrmuschel abgehandelt. Bei Beschreibung der Krankheiten des äusseren Gehörganges wird die Otitis ext. circumscripta und diffusa besprochen,

[1]) s. No. 2, 1893 dies. Monatsschr.

Digitized by Google

sodann das Eczem, die Verletzungen, die Secretionsanomalien (Cerumenpfröpfe), die im Gehörgange vorkommenden thierischen und pflanzlichen Parasiten, die Syphilis und die Neurosen.

Bei den Krankheiten des Trommelfelles finden wir geschildert die acute und die chronische Entzündung des Trommelfells, die Verletzungen des Trommelfelles und zum Schluss die Syphilis und Tuberculose dieser Membran.

Es ist wohl nicht möglich, in dieser Besprechung die Details zu berühren; es reicht hin zu sagen, dass das Wissenswerthe vom Autor mitgetheilt ist und dass die schlichte, vornehme Diction ganz besonders anspricht.

Die Krankheiten des Nasenrachenraumes (III Kapitel) sind von Prof. Trautmann abgehandelt. Mit einer kurz gefassten Geschichte der Entwicklung der Anatomie und Pathologie der in Rede stehenden Gebilde leitet Verfasser seine Abhandlung ein, beschreibt dann in fasslicher Weise die Untersuchungsmethoden des Nasenrachenraumes an der Leiche, die microscopische Untersuchung der einzelnen Gebilde inbegriffen, um die Untersuchung am Lebenden anzureihen. Hierbei bespricht er die verschiedenen Beleuchtungsmethoden, von denen er die mit electrischem Lichte allen anderen vorzieht.

Als acute Krankheiten des Nasenrachenraumes schildert Verf. 1) den acuten Nasenrachencatarrh, 2) das Erysipel, 3) die Phlegmone, 4) die Diphtherie und 5) den Croup.

Beim acuten Nasenrachencatarrh unterscheidet er einen einfachen, nicht infectiösen, fieberlosen und einen infectiösen, fieberhaften. Für letzteren nimmt Verf. als Ursache Microorganismen an; eine Annahme, welche wohl plausibel erscheint, aber nicht ganz erwiesen ist.

Als chronische Krankheiten des Nasenrachenraumes beschreibt Verf. den chronischen Nasenrachencatarrh, den hyperplastischen Nasenrachencatarrh (Hyperplasie der Rachentonsille, adenoide Vegetationen), den atrophischen Nasenrachencatarrh, die Syphilis, die Tuberculose und die Neubildungen des Nasenrachenraumes. Daran reiht sich eine kurze, aber lehrreich gehaltene Schilderung der Missbildungen dieser Gegend, sowie der Fremdkörper und des Emphysems des Nasenrachenraumes. Lehrreiche Illustrationen erleichtern das Verständniss der Beschreibung, in welcher wir den tüchtigen, erfahrenen Kliniker und vorzüglichen Lehrer schätzen lernen.

Die Krankheiten der Paukenhöhle und der Tuba Eustachii sind von Prof. Walb geschildert. Verf. beschreibt zunächst den acuten und chronischen Catarrh der Paukenhöhle und unterscheidet beim chronischen Catarrh eine einfache Form (Otitis med. catarrhalis chron. simplex) und eine hypertrophische Form (Otitis med. catarrh. chron. hypertrophica), während er die Sclerose der Paukenhöhlenschleimhaut für sich abhandelt. Diese Eintheilung, welche sich der von Gruber in dessen Lehrbuche (I. Aufl., 1870) aufgestellten und von diesem Autor seit der Zeit auch beibehaltenen einigermaassen nähert, kann deshalb nicht unseren vollen Beifall finden, weil bei der hyperplastischen Mittelohrentzündung das Hauptmerkmal des Catarrhs, die vermehrte Absonderung, vom Beginne der Krankheit an nicht nur ganz fehlt, sondern dabei gerade das Entgegengesetzte (übermässige Trockenheit der

Digitized by Google

Schleimhaut) beobachtet wird. Wir müssen uns doch endlich gewöhnen, als Kriterium des Catarrhs das gelten zu lassen, was schon in der Benennung liegt, und alle jene Entzündungsformen, welche dieses Kriterium nicht zeigen, als eine eigene Art anzusehen.

Die Beschreibung, die Verf. von der Sclerose der Paukenhöhlenschleimhaut liefert, entspricht nach Auffassung des Referenten nicht einer einzigen Krankheitsform, sondern sie umfasst die Merkmale, wie wir sie bei verschiedenen Formen finden. Zumeist sind sie die Folge trophischer Störungen, wie sie nach Verfassers richtiger Angabe bei nervös Belasteten vorkommen; ein anderer Theil ist sicherlich ein späteres Stadium der hyperplastischen Mittelohrentzündung. Zu den letzteren möchten wir ganz besonders jene Fälle zählen, bei welchen es nach Angabe des Verfassers zur Ankylose der Gehörknöchelchen und besonders der Stapesplatte kommt.

Womit wir uns in dieser Abhandlung weiters nicht befreunden können, das ist die genaue Begrenzung der Entzündungsprocesse auf die einzelnen Theile des Mittelohres. Nach unserer Erfahrung ist der Catarrh der Paukenhöhle in der überwiegend grossen Mehrzahl der Fälle mit Catarrh der Eust. Röhre combinirt und es ist kaum daran zu zweifeln, dass die Schleimhaut des Antrum und der nächsten Mastoidzellen ein gleiches Verhältniss zeigt. Wir glauben, es ist deshalb practischer, da wir doch nicht immer im Stande sind das Mitergriffensein der genannten Mittelohrgebilde zu negiren, bei der gewohnten, mehr allgemeinen Bezeichnung zu bleiben und auch dann von Catarrh des Mittelohres zu sprechen, wenn die Schleimhaut der Trommelhöhle der zumeist befallene Theil ist. Schon der Umstand, dass der Catarrh des Mittelohres in den meisten Fällen ein von der Nasenrachenschleimhaut her fortgeleiteter ist, wobei er ja die Tuba Eust. passiren muss, spricht für die Berechtigung des gegen die Eintheilung des Verfassers erhobenen Einwandes, und dass das Ignoriren dieser Thatsache nicht blos zu diagnostischen, sondern auch zu prognostischen und therapeutischen Irrthümern führen kann, leuchtet wohl ein.

So wenig wir uns aber auch mit der Eintheilung der Krankheitsformen, wie sie dem Verf. beliebt, befreunden können, so müssen wir andererseits wieder unseren vollen Beifall aussprechen über die ausgezeichnete Schilderung sowohl der Symptomatologie als auch der Therapie der einzelnen Krankheitsformen.

Als Entzündungen der Paukenhöhle werden angeführt: a) die acute einfache Paukenhöhlenentzündung (Tympanitis acuta simplex), b) die Myringo-Tympanitis acuta, c) die perforirende Mittelohrentzündung (Tympanitis perforativa — Otitis media perforativa), d) die chronische Paukenhöhleneiterung (Tympanitis purulenta chronica — Otitis media purulenta chronica), e) Erkrankungen des Kuppelraumes der Paukenhöhle (Atticus tympanicus). — Als specifische Entzündungen der Paukenhöhle führt Verf. vor: a) die Diphtheritis der Paukenhöhle (Otitis med. diphtheritica), b) den Croup der Paukenhöhle (Otitis med. crouposa) und c) die Tuberculose der Paukenhöhle. Daran reiht er eine Beschreibung der „Residuen abgelaufener Entzündungen. Tympanitis cicatricia. Otitis med. cicatricia". Dass diese letzteren zwei Bezeichnungen für keine Form der Entzündung bezeichnend sind, braucht nicht näher erörtert zu werden.

Digitized by Google

Die Ansicht des Verfassers, dass nicht jede chronische Mittelohreiterung aus einer acuten Mittelohreiterung hervorgehe, hat seine Richtigkeit, dass es aber immer eine Herderkrankung sein müsse, aus der die chronische Ohreiterung hervorgeht, können wir nicht zugeben. Jede andere Entzündungsform, z. B. die catarrhalische, kann unter gegebenen Verhältnissen in die eitrige Form übergehen und es können constitutionelle oder auch äussere Momente zur chronischen Eiterung führen, wobei freilich, wie Verf. ganz richtig hervorhebt, gewisse Abschnitte des Mittelohres, wenn sie von der Entzündung ergriffen sind, durch ihre anatomische Beschaffenheit schwerer ausheilen und darum leicht den langwierigen Verlauf bedingen.

Auch hier sind die Erscheinungen, wie sie sich der Untersuchung darbieten, mit grossem Verständniss und Klarheit geschildert und überall die Therapie ausführlich angegeben. Bei jenen Mittelohrentzündungen, wo das Trommelfell hochgradig eingesunken, aber nicht perforirt erscheint, empfiehlt Verf., und wir stimmen ihm gerne bei, wenn der Zustand nicht bald gebessert werden kann, die Tenotomie des Tensor tymp. Durch die frühzeitig ausgeführte Operation kann thatsächlich dem grossen und bleibenden Nachtheil, der aus dem lange bestehenden stärkeren Drucke auf die tieferen Gebilde resultirt, vorgebeugt werden.

Bei den als Residuen abgelaufener Entzündung beschriebenen Zuständen werden die bleibende Trommelfellperforation, dann die verschiedenen Synechien, die abnormen Narben, sowie die histologischen Veränderungen des Trommelfells (Verkalkungen, Verdickungen etc.) beschrieben und die dagegen gebräuchliche Therapie angegeben. Bei der Beschreibung der künstlichen Trommelfelle vermissen wir die von Gruber angegebene Modification des Toynbee'schen Trommelfells. Die nach Gruber's Angabe gefertigten Trommelfelle sind deshalb von grossem practischen Werthe, weil sie aus verschiedenen Stoffen hergestellt werden können, was erfahrungsgemäss sehr vortheilhaft ist; weil der Kranke sie selbst anfertigen kann, wodurch der Kostenpreis ein minimaler ist; und last not least, weil sie Tag und Nacht getragen werden können und oft wochen- ja monatelang nicht gewechselt zu werden brauchen.

Als weitere pathologische Veränderungen führt Verf. an: „Die Verletzungen der Paukenhöhle" (?), die Erkrankungen der Binnenmuskeln der Paukenhöhle, wo hauptsächlich die Muskelkrämpfe berücksichtigt werden, und „die Neuralgie der Paukenhöhle". Den Schluss bildet eine Schilderung der „Erkrankungen der Tuba Eustachii", als welche a) die Entzündung der Tuba (Salpingitis), und zwar 1) in Form des acuten Catarrhs, 2) als entzündliche Processe, wobei auch der chronische Verlauf dieser beiden Krankheitsformen gewürdigt wird, und b) die Verletzungen der Tuba abgehandelt werden.

Die Krankheiten des Warzentheiles sind von Prof. Bezold beschrieben. Dieser Autor, welcher sich viel mit der Anatomie dieses Schläfebeintheiles beschäftigte, zeigt seine Vertrautheit mit dem Gegenstande, den er bearbeitet, gleich in der Einleitung, indem er ganz richtig darauf hinweist, dass sich in practischer Beziehung der Warzentheil nicht so genau begrenzen lässt, wie es angezeigt wäre, indem die pneumatischen Zellen sich oft weit über den eigentlichen Warzentheil hinaus in das Hinterhauptbein, in die Schuppe des Schläfenbeins und noch

Digitized by Google

weiter fortsetzen und auch mit den Zellen im Warzenfortsatze communiciren; ein Umstand, der in practischer Beziehung von grosser Bedeutung ist. Schon die wenigen in den Text gedruckten, nach Corrosionspräparaten gefertigten Illustrationen beweisen die Richtigkeit dieser Anschauung, auf welche der Practiker immer Rücksicht nehmen muss.

Die eigentliche Nosologie des in Rede stehenden Ohrtheiles beginnt Verf. unter der Ueberschrift: „Betheiligung der Pars mastoidea an den acuten Erkrankungen der Paukenhöhle". Es geschieht hier zunächst der bekannten Befunde bei Neugeborenen Erwähnung (Verdickung, Hyperämie und Blutextravasate in der Mucosa mit theils serös blutigem, theils eitrigem Secret), welche sich nicht nur in der Trommelhöhle, sondern auch in der Warzennische vorfinden. Die im Gefolge eines Tubenverschlusses auftretenden Veränderungen im Mittelohre erstrecken sich nach B. über die sämmtlichen Theile desselben. An der Hyperaemia ex vacuo muss die ganze Schleimhautauskleidung des Mittelohres gleichmässig theilnehmen und ebenso wird die Transsudation in gleichem Verhältniss in der Gesammtheit der von der Ventilation abgeschlossenen Räume stattfinden. Die grosse Menge des Exsudats, welche sich bei Paracentese des Trommelfells in manchen Fällen entleert, zeigt schon nach seiner Ansicht darauf, dass sie nicht aus der Trommelhöhle allein stammen kann und wir sehen somit, dass auch Bezold unserer früher ausgesprochenen Ansicht betreffs der strikten Begrenzung der Catarrhe oder der Phlegmone auf die Trommelhöhle allein beipflichten muss.

Verf. bespricht die bei Morbillen auftretende eitrige Entzündung, als deren Haupterreger Scheibe den Streptococcus, halb so häufig den Staphylococcus albus, etwas seltener den Staphylococcus aureus vorfand. Im Ganzen lehren die anatomischen Untersuchungen, dass bei Morbillenkranken eine Ansammlung von wirklichem Eiter sowohl in den Haupträumen als in den Warzenzellen des Mittelohres nicht nur viel häufiger vorhanden ist, sondern auch sehr viel häufiger spontan wieder zur vollständigen Resorption gelangen kann, als wir dies nach den Beobachtungen am Lebenden geahnt haben.

Ein sehr bedeutender Einfluss auf den Verlauf des entzündlichen Processes im Warzenfortsatz kommt nach Bezold der Entwicklung der Warzenzellen selbst zu, indem bei reichlichen Zellen die Resorptionsfähigkeit wegen der grösseren Verbreitung der Schleimhaut stärker ist, als bei einfachen grossen Zellen. Nach der Erfahrung von Murell soll bei Negern unvermischter Rasse, bei denen der Warzenfortsatz wenig ausgebildet ist, chronische Mittelohreiterung relativ selten, Entzündung des Warzenfortsatzes äusserst selten vorkommen.

Bei Schilderung der Symptome und des Verlaufes des Empyems der Warzenzellen bezeichnet B. die hinter der Muschel und unter der Linea temporalis gelegene Stelle, welche er Fossa mastoidea nennt und welche dem Antrum mast. entsprechen würde, als diejenige, wo die Schmerzhaftigkeit auf Druck immer (?) am intensivsten ist. Dieser zunächst zeige sich die Vorderfläche der Warzenfortsatzspitze und die hintere Umgebung des Warzesfortsatzes am empfindlichsten.

Nach genauer Beschreibung der sonstigen subjectiven und objectiven Symptome, sowie der zur Mastoiditis sich mitunter gesellenden Complicationszustände bespricht Verf. die Therapie der Warzentheilentzündung.

Digitized by Google

Die Frage, in welchen Fällen die Eröffnung des Empyems vorzunehmen ist, beantwortet Verf. dahin, dass „in allen Fällen, in welchen die Grösse der erkrankten Höhlen das Maass überschreitet, welches eine Resorption des Eiters noch erwarten lässt", die Eröffnung vorzunehmen sei. Uns scheint, dass diese theoretische Deduction für die Praxis nicht zu verwerthen ist, da wir für die Diagnose der Grösse der Warzenzellen am Lebenden nicht den geringsten Anhaltspunkt haben, ja nicht einmal mit Bestimmtheit angeben können, ob wir im gegebenen Falle auch nur eine Zelle vorfinden werden. Schmerzhafte, stark entwickelte Warzenfortsätze erweisen sich gar nicht selten ganz eburnisirt, ohne eine einzige Zelle, und entgegengesetzt kommt es vor, dass man bei der Eröffnung auf ausgedehnte, mit Eiter erfüllte Zellen stösst, wo man sie am wenigsten vermuthet hätte. Bei dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft scheint es uns viel rathsamer, jeder vagen theoretischen Speculation auszuweichen und aus dem Complex der Erscheinungen im gegebenen Falle die Indication für die Operation oder für deren Unterlassung zu deduciren. Wer wollte auch bestimmen, ob selbst kleine Eiterherde sicher ausheilen, und welcher Gefahr setzt man den Kranken aus, wenn dies nicht geschieht?

Nachdem Verf. noch die Caries und Necrose des Warzentheiles, das Cholesteatom im letzteren sowie die Prognose und Therapie der chronischen entzündlichen Erkrankungen des Warzentheiles in lehrreicher Weise besprochen, widmet er zum Schlusse eine kurze Besprechung dem Emphysem, Pneumatocele, der traumatischen Verletzung mit Einschluss der Schussverletzungen und deren Behandlung. In allen Theilen der Abhandlung wird die ältere sowohl wie die neuere Literatur berücksichtigt, und wenn wir uns eine Bemerkung erlauben dürfen, ist es die, dass Verf. zuweilen minderwerthige Arbeiten mit solchen, die eminenter sind, auf gleiche Stufe stellt, ein Umstand, der, nebenbei gesagt, in der neueren Literatur leider nur zu oft in die Augen springt. G.

(Schluss folgt.)

Notizen.

Der VIII. internationale Congress für Hygiene und Demographie in Budapest.

Das Executiv-Comité hat in seiner letzten Sitzung den Zeitpunkt und die Eintheilung des Congresses definitiv festgesetzt, und zwar in folgender Weise. Der übliche Begrüssungsabend fällt auf den 1. September; Eröffnung des Congresses am 2., Sections-Sitzungen am 3., 4., 5., 7. und 8., Schluss-Sitzung am 9. September. Der 6. September ist als Ruhetag für jene kleine Ausflüge reservirt, welche in das Programm des Congresses aufgenommen wurden. Die im Anschluss an den Congress zu veranstaltende hygienische Ausstellung wird bereits vorbereitet; dieselbe wird keine Industrie-Ausstellung sein, sondern nur solche Gegenstände umfassen, welche zur Erklärung und zum Studium der in das wissenschaftliche Programm aufgenommenen und auf dem Congress zum Vortrag gelangenden Fragen dienen. Zu den wichtigsten und interessantesten Berathungen wird die für den 4. Sitzungstag anberaumte

Digitized by Google

grosse Diphtheritis-Debatte zählen. Die Frage gelangt bekanntlich im Sinne der Beschlüsse des Londoner Congresses zur Verhandlung und es wurde dieselbe durch das Executiv-Comité auf der breitesten, und zwar auf internationaler Grundlage derart vorbereitet, dass in jedem Lande eine besondere Commission nach gründlichem Studium seine Vorschläge verfasst, welche in der vereinigten Sitzung der Sectionen für Bacteriologie, Prophylaxis und Kinder-Hygiene die Grundlage der Berathung bilden werden. Das Präsidium in diesen Commissionen haben in den einzelnen Ländern die folgenden Forscher übernommen: in Deutschland Prof. Fr. Löffler (Greifswald), in Oesterreich Prof. Wiederhofer (Wien), in England Dr. Eduard Seaton (London), in Bayern Prof. H. Ranke (München), in Belgien Dr. Ed. Tordeus (Brüssel), in Frankreich Dr. Roux (Paris), in Ungarn Dr. Kornel Chyzer (Budapest), in Italien L. Pagliani (Rom), in Schweden Prof. E. Almquist (Stockholm), in den Vereinigten Staaten Prof. Billings (New-York), in Russland Prof. Nicolaus Filatow (Moskau), in Serbien Dr. Paul Szteics Ober-Physicus (Belgrad), in Spanien Prof. Francis Criado y Aguilar (Madrid), in Rumänien Dr. D. Sergiu (Bukarest), in Schweiz Prof. Ed. Hagenbach-Burkhardt (Basel), in Dänemark Prof. S. T. Sörensen (Kopenhagen), in Norwegen Prof. Axel Johanessen (Christiania).

Der nach dem Congress zu veranstaltende Ausflug nach Constantinopel wird durch den Umstand an Interesse gewinnen, dass die Mitglieder des Congresses im Anschlusse an diesen Ausflug auch die Stadt Belgrad besuchen werden, von wo eine diesbezügliche Einladung ergangen ist.

INHALT.

I. Originalien: von Stein: Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des Acidum trichloraceticum. — 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11. — 15. September 1893 (Fortsetzung). — Thorner: Bericht über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses in Washington, 5. — 8. Septbr 1893. — II. Referate: a) Rhinologische: Réthi: Nasalasthma, mit einem circumscripten Hautödem abwechselnd. — Beco: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes oder Hypertrophie der Rachentonsille. — Suné: Anosmie und Cacosmie. — b) Pharyngo-laryngologische: Poli: Die Massage bei einigen Halsleiden. — Schapringer: Lähmung des rechtsseitigen Halssympathicus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling. — Brousses und Beault: Ueber eine bis jetzt unvollständig beschriebene Phlegmone des Halses. — Hudelo: Tabetisches Mundgeschwür. — Réthi: Ein Fall von Tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle. — Newcomb: Innere Behandlung der acuten Pharyngo-Amygdalitis. — Natier: Pharynxblutung. — Mercantino: Ueber acute rheumatische Pharyngomycosis. — Grazzi: Ueber Amygdalitis, über deren verschiedene Formen, Ausgang und Behandlung. — Joal: Verhältniss der Zungenmandelblutungen und der Lungenblutungen. — Joal: Blutspeien und Blutungen aus der Zungenmandel. — Réthi: Ein Fall von Tonsilla pendula mit Perforation des hinteren Gaumenbogens. — Poyet: Submucöse, sich wiederholende Blutungen der wahren Stimmbänder. — III. Kritik: Schwartze: Handbuch der Ohrenheilkunde. — Notizen, betreffend den VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Budapest.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, Februar 1894. No. 2.

I. Originalien.

Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden?[1])

Von

Dr. **Ernst Winckler** in Bremen.

Von den Nebenhöhlen der Nase liegen drei: das Antrum Highmori und Siebbeinlabyrinth sowie die Stirnhöhle in der Regel derartig, dass eine ihrer Wandungen von Skeletttheilen des Gesichtes bezw. des Schädels gebildet wird. Es ist somit die Möglichkeit gegeben, nach einer Voroperation diese Hohlräume von hier aus einer Behandlung zu unterwerfen. Wegen seiner eigenartigen Beschaffenheit nimmt der s. g. Sinus ethmoidalis eine Sonderstellung ein. Er stellt ein Höhlensystem dar, dessen einzelne Abschnitte in der Regel nicht mit einander cummuniciren. Dieselben lassen sich im Erkrankungsfalle intranasal so häufig hinreichend eröffnen, dass die Trepanation der Lamina papyracea nur verhältniss-

[1]) Der Redaction am 24. Juli 1893 eingesandt.

Digitized by Google

mässig selten indicirt ist. Ausserdem werden bei Erkrankung dieses Höhlensystems die eventuellen Eingriffe vielfach durch andere Gründe bestimmt, welche bei Erkrankungen des Antrum Highmori und Sinus frontalis nicht in Frage kommen. Obgleich nun der Sinus ethmoid. nicht allzu selten zur Stirnhöhle in naher Beziehung steht, so ist er dennoch im Folgenden ausserhalb der Erwägung geblieben. Bezüglich der Sinus maxillar. und frontal. steht zunächst fest, dass bei eitriger Erkrankung derselben die Trepanation ihrer Aussenwand von der Fossa canina aus bezw. über dem Arc. superciliar. sowohl von den Chirurgen als auch den Rhinochirurgen eine kunstgerechte genannt wird. Eine Anzahl Chirurgen, insbesondere diejenigen, welche in jedem Falle die seiner Zeit von Küster für die Behandlung der starrwandigen Höhlen angegebenen Grundsätze befolgt wissen wollen, verwirft auch bei Empyem des Ant. Highmori jede intranasale Behandlung. Indess zeigen die ausserordentlich zahlreichen Mittheilungen über erfolgreiche intranasale Behandlung selbst langjähriger Oberkieferhöhlenempyeme, dass auch letztere zum Ziele führen kann.

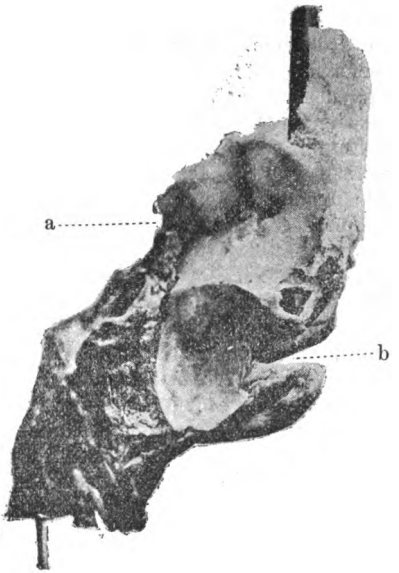
Danach ist wohl bei nachgewiesenem Empyem des Ant. Highmori der Versuch, nach einer vorausgeschickten endonasalen Trepanation der Wand, in welcher das Ostium dieser Höhle gelegen ist, durch nachfolgende geeignete Massnahmen den Hohlraum trocken zu legen, vollkommen gerechtfertigt, bevor man an die Aufmeisselung der Fossa canina herangeht. Ob dieser Versuch auch bei der gleichen Erkrankung der Stirnhöhle gewagt werden darf, soll im Folgenden beantwortet werden. Auch hierbei müsste der event. intranasale Eingriff an der Wand vorgenommen werden, in welcher die Communicationsöffnung des Sinus frontalis mit der Nase gelegen ist. Gelingt dieses, dann würde im Vergleich zur Oberkieferhöhle der Sinus frontalis für dieselbe endonasale Behandlung im allgemeinen ungleich günstiger beschaffen sein, wie das Antrum Highmori, da Ostium wie Gegenöffnung an den tiefsten Punkten des Hohlraumes gelegen wären und so für den Abfluss eines Secretes sehr geeignete Verhältnisse bieten würden. Weitere Bedingungen wird man durch die endonasale Operation für die Heilung nicht schaffen können; insbesondere werden sich bei diesem Verfahren an der Stirnhöhle andere therapeutische Massnahmen ebensowenig vornehmen lassen, wie bei dem gleichen am Antrum Highmori. Hier wie dort ist ein Ecrasement mit dem scharfen Löffel — wenn überhaupt, so nur derartig unvollkommen möglich, dass der Effect dieser Operation bei der endlichen Heilung gewiss sehr gering anzuschlagen ist. In beiden Sinus wird die Restitution der erkrankten Schleimhaut im wesentlichen durch Fortschaffen des Secretes mittelst Ausspülungen, event. Trockenlegen des Hohlraumes durch nachfolgende Lufteintreibungen und schliesslich Application von Medicamenten, welche die Secretion der Drüsen beeinflussen, erreicht. Dieses genügt zweifelsohne für eine grosse Anzahl der in Rede stehenden Nebenhöhlenaffection, zumal dann, wenn durch die günstige Lage der Abflussöffnungen jede fernere Secretstauung vermieden wird. Wenn nun auch im Gegensatz zum Ostium maxillare die Stirnhöhlenöffnung bereits von der Natur an dem tiefsten Punkte des Sinus angebracht ist, so genügt diese für spontanen oder künstl. herbeigeführten Abfluss einer Eiteransammlung im Sinus in vielen Fällen dennoch nicht. Ganz

Digitized by Google

abgesehen davon, dass dieselbe sehr oft für Instrumente von der Nase aus unerreichbar ist, kann man sich auch nicht recht vorstellen, wie die Fortschaffung des Secretes, falls der Catheterismus des Ostium frontale gelungen ist, vermittelst Ausspülungen der starrwandigen Höhle ohne Gegenöffnung durch das Ostium allein zu bewerkstelligen wäre, es sei denn, dass man das Ostium so weit dilatirt, dass Spülflüssigkeit und Secret neben dem eingeführten Catheter abfliessen können. Bresgen spricht sich über dieses Verfahren folgendermassen aus: „Wohl kann man mit einer genügend feinen Sonde sehr häufig in die Stirnhöhle gelangen; allein der Zugang ist doch für dickere Werkzeuge nicht selten zu eng. Besteht eine Eiterung der Stirnhöhle, so muss der Zugang zu ihr auf alle Fälle so weit gemacht werden, dass man mit einem 1 Mm. weiten Röhrchen leicht hinaufgelangt. Dazu eignen sich meine gebogenen scharfen Löffel sehr gut.“ Andere Autoren gingen beim Stirnhöhlenempyem in der Weise vor, dass sie den Sinus von der Nase aus lateralwärts der mittleren Muschel mit einem Troicart punktirten und so eine Gegenöffnung schufen. Von vielen Seiten ist dieses Verfahren als ein äusserst gefährliches verworfen worden und gewiss mit vollkommenem Recht für alle diejenigen, welche mit der speciellen Anatomie der Nasenhöhle nicht derartig vertraut sind, dass sie sich mittelst einer Sondenuntersuchung über die jedesmal vorliegenden besonderen Eigenthümlichkeiten des Einzelfalles genügend orientiren können. Abgesehen davon, dass bei dem mitgetheilten Verfahren unter Umständen recht erhebliche Verletzungen des Siebbeins gesetzt werden können, läuft man Gefahr, mit den Instrumenten, welche hierbei an der seitlichen Nasenwand nach aufwärts geführt werden müssen, nicht nur den hinteren Abschnitt des Thränenbeins einzudrücken — was beiläufig noch ganz ohne weiteren Schaden für den Verletzten ablaufen kann, — sondern auch die Lamina papyracea zu perforiren und damit den Betreffenden der Gefahr einer eitrigen Panophthalmitis auszusetzen. Endlich kann — und damit dürfte häufig eine Verleitung zu der gefährlichen, stärkeren seitlichen Direction des Instrumentes gegeben werden — die untere Stirnhöhlenwand so fest sein, dass ein Eindringen in den Sinus auf diesem Wege nicht möglich ist. Es giebt indess Fälle, in welchen dies Verfahren nicht nur ausserordentlich leicht und ohne Nebenverletzung des Siebbeins, sondern auch ohne jede Gefahr für das Auge auszuführen ist und zur Entleerung einer mit Eiter angefüllten Stirnhöhle so vollkommen genügen wird, dass es wohl als ein kunstgerechtes bezeichnet werden darf. Alle die Stirnhöhlen nämlich, deren untere Wand dünn und nach der Nase trichter- oder cylinderförmig eingebuchtet ist, können lateralwärts der mittleren Muschel je nach der Tiefe der Einbuchtung mehr oder weniger leicht in Angriff genommen werden. Hier kann es, zumal nach vorausgeschickter Conchotomie des vorderen Endes der mittleren Muschel — gelingen, den Stirnhöhlenboden derartig zu öffnen, dass der Einführung selbst verhältnissmässig dicker Instrumente in den Sinus nichts im Wege steht. Einen derartigen Sinus frontalis stellt die Photographie 1 dar. Hier ist die untere Stirnhöhlenwand nasalwärts wie der Finger eines Handschuhes eingestülpt und reicht fast bis zum unteren Rande der mittleren Muschel. Das Präparat ist in folgender Weise gewonnen: Um das Gesicht der betreffenden Leiche nicht zu ent-

Digitized by Google

stellen, wurde vom Harke'schen Medianschnitt aus die äussere Stirnbeintafel etwa in der Mitte durchsägt, so dass ihre vordere Platte der Leiche vollkommen erhalten blieb. Die innere Wand der Augenhöhle (a) sowie der innere Abschnitt der Highmorshöhle (b) wurden dabei mitgenommen. In die cylindrische Einbuchtung der unteren Stirnhöhlenwand ist ein Bougies von oben her eingelegt. Um dasselbe am Boden dieser Einstülpung sichtbar zu machen, wurde vorn unten ein Stück aus diesem Cylinder herausgeschnitten. Die laterale Wand zwischen mittlerer und unterer Muschel ist der Deutlichkeit halber vorn abgetragen. Lässt sich nun eine derartige Beschaffenheit des Sinus, wie sie die Photographie 1



wiedergiebt, sofort bezw. nach der partiellen Resection der Concha media mit der Sonde constatiren, dann wird man bei vorsichtiger Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand weder das Siebbein, welches hinter der Einstülpung liegt, noch die innere Augenhöhlenwand verletzen. Je mehr der Sinus von dem eben geschilderten Befunde abweicht, je höher sein Boden liegt, desto grösser sind die erwähnten Gefahren bei diesem Vorgehen. Letzteres ist daher für all' diese Fälle, in welchen die Instrumente einen längeren Weg zwischen innerer Augenhöhlenwand und mittlerer Muschel zurückzulegen haben — mit Recht zu verwerfen, obgleich an der Möglichkeit der schliesslichen Punction des Sinus bei dünner unterer Wand nicht zu zweifeln ist.

Die Trepanation des Sinus frontalis lässt sich aber nicht allein lateralwärts, sondern auch medianwärts der mittleren Muschel vornehmen. Man vermeidet hierbei die innere Augenhöhlenwand vollkommen und gelangt auf diesem Wege so häufig zum Ziele, dass dies Verfahren einer näheren Besprechung für werth erscheint, zumal da das

Digitized by Google

Gelingen derselben auf Grund der anatomischen Vorstellungen über die Lage der Sinus frontalis in Zweifel gezogen worden ist. Grünwald und Schech erklären die Behauptung, dass man auch medianwärts der Muschel in den Sinus frontalis gelangen könne, einfach als Druckfehler oder Lapsus calami. Schech spricht als Referent einer Publikation der Münch. med. Wochenschrift, in welcher einiges über das Empyem des Sinus frontalis mitgetheilt worden war, die Hoffnung aus, „dass bis jetzt noch kein College auf den Gedanken kam, an der bezeichneten Stelle einzustossen."

Diese Hoffnung ist als fromme unerfüllt geblieben. Im Jahre 1890 beschrieb bereits Schäffer dieses Verfahren so detaillirt, dass man wohl kaum dazu berechtigt war, hier einen Druckfehler anzunehmen, man müsste denn grade an dem Worte „sondiren" herum deuten wollen und dies als die von anderen Autoren ausgeübte Stirnhöhlensondirung auffassen — eine Auffassung, welche jedoch durch die später folgende Erklärung des Wortes „sondiren" in keiner Weise begründet ist. „Will ich (Schäffer) den Sinus frontalis sondiren resp. suche den Sitz des Leidens ihn ihm, so gehe ich mit einer festen, aber biegsamen Messingsonde von 2 Mm. Dicke — Silbersonden sind viel zu weich und biegsam und dadurch ganz unbrauchbar — (ganz natürlich, weil es sich um eine Punction oder Trepanation handelt. Anm. d. V.) nach vorheriger Cocainisirung der Weichtheile entlang dem Nasenrücken zwischen Septum und mittlerer Muschel direct nach der Stirn zu in die Höhe. Bald hört man ein leises Knistern, wie vom Zerbrechen feiner Knochenplättchen, fühlt ab und zu einen stärkeren Widerstand, schiebt aber die Sonde weiter vor und hat zuletzt das Gefühl, in einen Hohlraum gelangt zu sein, dadurch dass die Sonde plötzlich rascher vorwärts schlüpft." Im Jahre 1892 berichtet Dreyfuss über einen Fall, in welchem er nach dieser Methode von Schäffer die Behandlung eines Stirnhöhlenempyems einleitete. „Die Eröffnung des Sinus frontalis geschah — nach der Vorschrift von Schäffer, indem ich die Löffelsonde entlang dem Nasenrücken, zwischen Septum und mittlerer Muschel, direct nach der Stirn zu in die Höhe schob und so nach einem kräftigen Druck in den Sinus gelangte." Am 4. November 1892 hielt Lichtwitz in der Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris einen Anfangs dieses Jahres publicirten Vortrag, welcher zwei weitere Sondirungen nach dem Vorschlage von Schäffer enthält. Lichtwitz benutzte dazu einen $1^1/_4$ Mm. dicken Troicart. Es handelte sich bei dem 1. Falle um eine Patientin, welche „seit ihrer Kindheit von einem schleimigen Auswurf, der von der Nase in den Rachen fiel, belästigt worden war und seit 29 Jahren an einem Druckgefühl in der Nase und an Anfällen profuser wässeriger Absonderung, die von heftigem Niesen, Thränenträufeln und Lichtscheu begleitet waren, zu leiden gehabt hatte. Dann hatten seit 7 Jahren heftige Schmerzen an der Nasenwurzel, in der Stirn und im Scheitel rechterseits, die bei der geringsten Bewegung angefacht wurden, ausserdem Jucken an verschiedenen Körperstellen, grosse Schwierigkeit die Augen nach dem Schlafe zu öffnen, eine Art vorübergehender Hemianopsie und endlich einige convulsive Attacken mit Aufhebung des Bewusstseins bestanden. Alle diese Störungen waren durch eine Punction des Sinus frontalis (— . . . Lichtwitz vorher: „— weil die Kranke

Digitized by Google

ihr ganzes Leiden in die Gegend des rechten Sinus frontal. verlegte, punctionire ich diesen Sinus von der Nase aus nach dem Vorschlage von Schäffer") — bedeutend gebessert worden und sind ein Jahr darauf nach spontaner Eliminirung einer grossen Menge gelatinöser Flüssigkeit durch die Nase und den Nasenrachenraum vollständig geschwunden." —

Bei dem 2. Falle „war ein constanter Ausfluss, der sich nach dem Rachen zu entleerte, sowie ein seit 12 Jahren bestehender constanter Schmerz in Hirn und Schläfe, nach einer einzigen Punction der Stirnhöhle mit darauffolgender Ausspülung geschwunden." Ueber die Punction selbst und deren Erfolg sagt Lichtwitz Folgendes: „Am 1. October 1891 steche ich die rechte Stirnhöhle nach der Schäffer'schen Methode an, bediene mich aber lieber eines dünnen Troicarts. Ich habe das deutliche Gefühl, in eine Höhle eingedrungen zu sein und ich constatire, das die Spitze des Troicarts 7½ Ctm. von der Nasenspitze und mindestens 2 Ctm. von der Nasenwurzel entfernt war. Weder bei der Aspiration noch bei Einspritzung von Carbolwasser bringe ich Eiter zum Vorschein, aber beim Zurückziehen der Scheide des Troicarts schneuzt die Kranke Schleimmassen, welche denen ähnlich waren, die ihr in der Regel in den Rachen herunterfallen. Es blutet ziemlich stark und kaum ist die Probeausspülung des Sinus fornal. beendet, so wird die Patientin ohnmächtig. Sobald sie wieder zu sich gekommen ist, ist der Kopfschmerz verschwunden und sie hat Kopf und Nase so frei, wie sie selbe seit 12 Jahren nicht gefühlt hat."

Diese Mittheilungen zeigen, dass die Trepanation des Sinus frontalis medianwärts von der mittleren Muschel nicht unmöglich ist und den Zweck, einer Flüssigkeitsansammlung in diesem Hohlraum Abfluss zu verschaffen, erfüllen kann. Auch die anatomischen Vorstellungen, welche man von den Sinus frontal. hat, lassen das von Schäffer angegebene Verfahren durchaus nicht als ein Unding erscheinen. Die Stirnhöhlen liegen in der grossen Mehrzahl der Fälle so zur Nase, dass ihre untere Wand einen Theil des Nasendaches bildet, welchen man, da er sich zwischen die als Pars nasalis und Pars ethmoidalis beschriebenen Abschnitte einschiebt, als Pars frontalis bezeichnen könnte.

Dicht am Septum ist die untere Stirnhöhlenwand in der Regel so stark, dass hier eine Punction selbst mit Gewalt kaum gelingen dürfte und in keinem Falle anzurathen wäre. Etwas weiter lateralwärts wird der Stirnhöhlenboden jedoch dünner und zeigt häufig nur die Dicke eines Kartenblattes. Führt man die Sonde nach dem Schäffer'schen Vorschlage ein, so muss man aus diesem Grunde das eingeführte Ende derselben oberhalb der mittleren Muschel mehr oder weniger lateralwärts drücken, um es dann nach der Gegend der betreffenden Stirnhöhle zu bringen. Im allgemeinen wird je nach der Configuration des äusseren Nasenskelettes die Sonde in dem einen Falle ganz vorn über den Ansatz der Crista media, in dem anderen Falle einige Millimeter weiter hinter diesem und in weiteren Fällen selbst vor letzterem nach oben vorgeschoben werden müssen. Palpirt man hierbei sorgfältig mit der Sonde, so ist die Gefahr, mit dem Instrument in die Schädelhöhle zu gelangen, ausgeschlossen. Daher ist der Gebrauch von Troicarts oder galvanokaust. Brennern zu diesem Eingriff entschieden zu widerrathen.

Digitized by Google

weil man mit diesen Instrumenten das Gefühl für die ganze Manipulation verliert, wie überhaupt vor jedem gewaltsamen Vorgehen bei der Schäffer'schen Sondirung ausdrücklich zu warnen ist. Man hat sich mit der Sonde darüber zu informiren, ob in dem vorliegenden Falle die untere Stirnhöhlenwand so dünn angelegt ist, dass man sie eindrücken kann. Gelingt dieses mit sanftem Drucke nicht, dann ist der Fall zur intranasalen Behandlung — wie sie Schäffer angegeben hat — nicht geeignet. In einer grossen Anzahl von Fällen, welche die oben erwähnte Beschaffenheit der Sin. front. zeigen, ist jedoch der Stirnhöhlenboden bereits wenige Millimeter lateralwärts vom Septum papierdünn. Bei diesen Fällen kann wohl gegen den Versuch eine Stirnhöhleneiterung in der gleichen Weise zum Abschluss zu bringen, wie ein Empyem des Antrum Highmori, nichts eingewendet werden. Freilich hat bisher nur eine geringe Anzahl von Collegen dies Verfahren versucht, und sind daher die Fälle, bei welchen durch dasselbe Heilung erzielt wurde, einstweilen noch zu zählen. Indess versichert ein so erfahrener Practiker wie Schäffer, weit über die Hälfte seiner Fälle zur Heilung geführt zu haben.

Das Schäffer'sche Verfahren ist nun aber nicht allein bei geräumigen Sinus frontales, deren Boden vorn einen Theil des Nasendaches bildet, häufig ausführbar, sondern auch bei kleinen Stirnhöhlen, die mehr seitlich und weiter nach hinten zwischen den beiden inneren Stirnbeintafeln liegen, unter Umständen sehr leicht möglich — Verhältnisse, welche später berücksichtigt werden sollen. Hier sei nur erwähnt, dass in solchen Fällen das Instrument ziemlich stark lateralwärts oberhalb der mittleren Muschel einzudrücken ist. (Schluss folgt.)

Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser** (Breslau).

Es sind in den Kalenderjahren 1891 und 1892 zur Behandlung neu aufgenommen worden im Ganzen 3464 Personen, die sich in Bezug auf Alter und Geschlecht folgendermaassen vertheilen.

Geschlecht	Alter nach Jahren										Summa
	—2 excl	2—9	10—14	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70	
männlich .	49	258	203	235	344	312	198	120	71	13	1803
weiblich .	33	234	231	232	327	255	177	97	51	24	1661
Summa	82	492	434	467	671	567	375	217	122	37	3464

Digitized by Google

Dem Wohnort nach stammten von den Kranken aus:

Breslau	2959
Schlesien	405
Provinz Posen	26
Russisch Polen	65
anderen benachbarten Ländern	9

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 3694. Und zwar kommen auf:

Krankheiten des Ohrs	1725
„ des Kehlkopfs	437
„ der Rachen- und Mundhöhle	755
„ der Nase	631
Varia	146

Die behandelten Krankheitsfälle wurden in ausgiebigem Maasse zu Unterrichtszwecken verwendet In jedem Semester wurden von Prof. Gottstein Vorlesungen für Studirende, und zwar sowohl laryngo-rhinologische (25—40 Hörer pro Semester), als auch otiatrische Curse (15 bis 20 Hörer) gehalten. Die Theilnehmerzahl war meist eine so grosse, dass im Interesse der Theilnehmer, sowie aus Rücksicht auf die Kranken einzelne Curse getheilt wurden. Während der Ferien hielt der Verfasser Fortbildungskurse für practische Aerzte.

Während der Berichtsjahre und im Laufe der vorangegangenen waren ausser Prof. Gottstein und dem Verfasser noch folgende Aerzte als Volontairassistenten thätig:

im Jahre 1891: Dr. Ziegert, Dr. Bleil, Dr. J. Ehrenfried, Dr. Teichmann (jetzt Specialist in Berlin), Dr. Sprenger (jetzt Specialist in Stettin);

im Jahre 1892: Dr. Dresdner, Dr. N. Cohn, Dr. Jottkowitz, Dr. Auerbach, Dr. Freund, Dr. Langner.

Von den zur Anwendung gekommenen Operationen — abgesehen von kleineren localen Eingriffen, Aetzungen, Kauterisationen etc. — seien folgende erwähnt:

Ohr.	
Incision im äusseren Gehörgang	22
Paracentese des Trommelfells	38
Abschnürung von Polypen	49
Entfernung von Fremdkörpern	22
Entfernung von Knochensequestern	5
Tenotomie der tensor tympani	4
Excision der Gehörknöchelchen	6
Wildescher Schnitt event. mit Auskratzung	11
Aufmeisselung des Warzenfortsatzes	6
Kehlkopf.	
Curettement von Geschwüren	6
Exstirpation von Polypen	14
Excision von Geschwulstpartikeln	7

Digitized by Google

Rachen.

Exstirpation der Gaumenmandeln . . .	17
Entfernung von Fremdkörpern	1
Schlitzung der Gaumenmandeln	21
Exstirpation von Polypen der Uvula etc. .	4
Exstirpation der Rachenmandel	120
Operation eines Abcesses der Zungenbasis	1
Operation von Retronasaltumoren . . .	2

Nase.

Durchtrennung von Synechien	9
Operation der Deviatio septi	11
Exstirpation von Nasenpolypen	77
Abschnürung vergrösserter Nasenmuscheln	19
Entfernung von Fremdkörpern	11
Operation des Empyems der Kieferhöhle .	4

Die Art und Zahl der behandelten Krankheiten zugleich mit Rücksicht auf das Geschlecht ergiebt folgende Tabelle:

Ohr.

Krankheiten der Ohrmuschel und der angrenzenden Haut	4	männl.,	4	weibl.,	zus.	8
Eczem des äusseren Gehörgangs . .	11	„	15	„	„	26
Fremdkörper	6	„	19	„	„	25
Cerumen	96	„	68	„	„	164
Atresie des äusseren Gehörgangs . .	5	„	1	„	„	6
Otit. ext. circumscr. ac.	36	„	52	„	„	88
Otit. ext. diff. ac.	8	„	5	„	„	13
Exostosen	3	„	2	„	„	5
Caries des äusseren Gehörganges . .	1	„	2	„	„	3
Hyperämie des Trommelfells	1	„	1	„	„	2
Traum. Perf. des Trommelfells . . .	6	„	6	„	„	12
Perf. membr. Shrap. congen.	1	„	—	„	„	1
Tubencatarrh	35	„	35	„	„	70
Otit. med. ac. catarrh.	106	„	45	„	„	151
Otit. med. chron. catarrh.	221	„	175	„	„	396
Otit. med. chron. sclerot.	27	„	31	„	„	58
Otit. med. ac. purul.	112	„	94	„	„	206
Otit. med. chron. purul. und Folgezustände	188	„	132	„	„	320
Residuen chron. Mittelohreiterung. . .	16	„	17	„	„	33
Polypen des Mittelohrs	32	„	20	„	„	52
Otalgie	5	„	11	„	„	16
Acute Nerventaubheit	4	„	5	„	„	9
Chron. Nerventaubheit	22	„	10	„	„	32
Centr. Taubheit	13	„	4	„	„	17
Morbus Menière	—	„	1	„	„	1
Nervöses Ohrensausen	1	„	10	„	„	11

Digitized by Google

Kehlkopf.						
Anaemia laryngis	—	männl.,	2	weibl.,	zus.	2
Laryng. acut.	59	„	29	„	„	88
Laryng. chronica	54	„	28	„	„	82
Laryng. sicca.	17	„	21	„	„	38
Laryng. hypogl. acuta	4	„	1	„	„	5
Pachydermia laryng.	12	„	—	„	„	11
Laryng. juvenil. nodos.	5	„	4	„	„	9
Oedema laryng. genuin.	4	„	1	„	„	5
Tuberculosa laryng.	53	„	30	„	„	83
Luës laryng.	5	„	8	„	„	13
Tumores benign. laryng.	10	„	9	„	„	19
Tumores maligni lar.	5	„	1	„	„	6
Cyste in epigl.	2	„	1	„	„	3
Laryngo- (Rhino)- Sclerom	—	„	2	„	„	2
Aphonia spastica	3	„	5	„	„	8
Pares. thyr. aryt. int.	16	„	26	„	„	42
Pares. interaryt.	2	„	1	„	„	3
Paralys. m. postici	2	„	4	„	„	6
Paralys. n. recurr.	6	„	2	„	„	8
Mogiphonie	—	„	1	„	„	1
Mutatio vocis	1	„	—	„	„	1
Perichondrit. thyreoid.	—	„	1	„	„	1
Rachen.						
Pharyng. (Angina) acuta	31	männl.,	28	weibl.,	zus.	59
Pharyng. chronica	70	„	44	„	„	114
Pharyng. gran. et later.	25	„	27	„	„	52
Pharyng. sicca.	12	„	12	„	„	24
Pharyng. mycot.	1	„	—	„	„	1
Absc. retrophar.	—	„	1	„	„	1
Ulc. tubercul. phar.	1	„	—	„	„	1
Lues pharyngis	13	„	19	„	„	32
Paraesthesia pharyng.	8	„	33	„	„	41
Angina follic. acut.	23	„	36	„	„	59
Angina follic. chronica	7	„	19	„	„	26
Angina phlegmonosa	14	„	14	„	„	28
Hypert. tonsill.	20	„	21	„	„	41
Pharyng. retronas.	20	„	14	„	„	34
Hypert. tonsill. phar. (Aden. Veget.)	85	„	87	„	„	172
Tumor. retronas.	6	„	1	„	„	7
Corp. alien. in phar.	—	„	1	„	„	1
Polyp. uvul. und Uvul. elongat.	8	„	2	„	„	10
Palat. fissum	—	„	1	„	„	1
Paral. veli palat.	3	„	2	„	„	5
Insufficientia veli palat. congen.	—	„	1	„	„	1
Hypert. tonsil. lingual.	4	„	26	„	„	30
Abscessus bas. linguae	—	„	2	„	„	2
Glossitis	—	„	4	„	„	4
Ulc. tubercul. linguae	2	„	—	„	„	2
Ranula	—	„	1	„	„	1
Stomatitis	6	„	—	„	„	6

Digitized by Google

Nase.						
Dermatit. nas. ext. (acne absc. etc.)	12	männl.,	10	weibl.,	zus.	22
Lupus nas.	1	„	—	„	„	1
Eczema adit. nar.	44	„	48	„	„	92
Rhinitis acuta	12	„	3	„	„	15
Rhinitis fibrin.	3	„	—	„	„	3
Rhinitis chronica	30	„	29	„	„	59
Rhinitis hypertroph.	36	„	58	„	„	94
Rhinitis atroph. (Ozaena)	31	„	62	„	„	93
Coryza nervos.	2	„	1	„	„	3
Lues nasalis	9	„	11	„	„	20
Epistaxis	20	„	12	„	„	32
Synechiae	10	„	5	„	„	15
Perichondr. septi. traumat.	3	„	—	„	„	3
Emphysema faciei ex traum. nas.	—	„	1	„	„	1
Deviatio septi.	24	„	9	„	„	33
Ulcus resp. perfor. septi. simplex	10	„	5	„	„	15
Polypi nar.	43	„	43	„	„	86
Alii tumor. nar.	3	„	4	„	„	7
Corp. alien. in nar.	3	„	8	„	„	11
Catarrh. sin. front.	11	„	2	„	„	13
Empyema antri Highmori	5	„	7	„	„	12
Empyema antri sphenoid.	—	„	1	„	„	1
Varia.						
Parotitis	2	männl.,	2	weibl.,	zus.	4
Struma	6	„	30	„	„	36
Bronchitis	8	„	8	„	„	16
Sprachdefecte	4	„	4	„	„	8
Strict. oesophag.	4	„	6	„	„	10
Spasm. oesophag.	1	„	—	„	„	1
Pares. oesophag. post-diphterit.	1	„	—	„	„	1
Tussis nervosa	—	„	1	„	„	1
Inspiratio nervosa	1	„	—	„	„	1
Alii morbi	19	„	29	„	„	48
Sine diagnosi	13	„	7	„	„	20

Bemerkungen.

Von den 6 Atresien des äusseren Gehörgangs sind 3 aquirirt durch langwierige Mittelohreiterung, 2 sicher congenital, bei 1, ein achtjähriges Mädchen betreffend, ist der Ursprung zweifelhaft.

Die Kranke hatte nämlich zwei Jahre vorher schwere Masern durchgemacht, aber angeblich niemals an Ohrenfluss gelitten. In beiden Ohren fand sich ziemlich tief im äusserem Gehörgang (2—2,2 Ctm. von der Tragusspitze entfernt) ein vollkommener membranöser Verschluss mit kleiner Oeffnung am oberen Rande, keinerlei Ausfluss, das Gehör dabei beträchtlich vermindert aber nicht aufgehoben. Die beiden congenitalen Atresien waren einseitig (einmal links, einmal rechts), lagen gleich am Beginn des Gehörganges, bei der einen war ein totaler Verschluss, bei der zweiten eine kleine Oeffnung oben vorhanden. In

Digitized by Google

beiden Fällen fanden sich noch Missbildungen an demselben äusseren Ohr. In dem einen Falle (links) war der Rand des Helix an einer Stelle eingeschnürt und mit der Hinterfläche der Ohrmuschel breit verwachsen. In dem zweiten Falle (rechts) hing am Tragus ein beweglicher Knorpelanhang und war der Längsdurchmesser der rechten Ohrmuschel 1/2 Ctm. kleiner als der der linken, auch bestand auf dem rechten Ohr vollkommene Taubheit.

Unter den traumatischen Rupturen des Trommelfells befindet sich ein Fall, wo die Ruptur nicht durch ein äusseres Trauma, sondern von innen her verursacht war. Ein 34jähriger Mann gab an, seit 8 Tagen nach einem heftigen Niessen auf dem linken Ohr Zischen und Schwerhörigkeit zu haben. Die Untersuchung ergab im vorderen unteren Quadranten eine unregelmässige, 4eckige Oeffnung mit Blutgerinnseln an den Rändern, bei völlig blasser Paukenschleimhaut, also vollkommen das Bild der gewöhnlichen Rupturen in Folge äusseren Traumas. Es ist forensisch nicht ohne Interesse, dass derselbe Befund auch ohne jede äussere Gewalteinwirkung vorhanden sein kann.

Die angeborene Oeffnung in der Membr. Shrapn. stellt einen zufälligen Befund bei einem 17jährigen Mann dar. Auf beiden Seiten fand sich über dem kurzen Fortsatze rechts eine viereckige, links eine halbkreisförmige Lücke, beim Schnaufen zischte die Luft durch. Ein Ohrenleiden bestand weder zur Zeit noch jemals früher, auch war keine Gehörsstörung vorhanden. (Schluss folgt.)

---

65. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893.

(Schluss zu No. 1, 1894.)

S. Goldflam und S. Meyerson (Warschau): Ueber objectiv wahrnehmbare Ohrgeräusche.

Nach allgemeinen Bemerkungen über objectiv wahrnehmbare Ohrgeräusche, welche in einer Versammlung von Ohrenärzten wohl übergangen hätte werden sollen, theilten Vortrag. in zwei langen Krankengeschichten zwei diesbezügliche Fälle mit. Bei dem einen Fall, wo Arteriengeräusche vorhanden waren, war starke Abnahme des Sehvermögens, Stauungspupille, leichte Beschränkung der seitlichen Augapfelbewegungen. Leichte Parese der linken Extremitäten. Die Diagnose schwankte zwischen Aneurysma Carot. int. sin. und Gehirntumor, und wurde in Anbetracht des Factums, dass der Druck auf die Art. carotis comm. sin. das Geräusch dauernd sistirte, die Ligatur der Carot. communis sin., nach vorheriger Vorbereitung der Patientin durch täglich wiederholten Druck auf diese Arterie, ausgeführt. Das Resultat war negativ, indem nur für 4 Stunden das Geräusch aufhörte, dann aber wiederkam, um in früherer Stärke zu persistiren. Auch konnte jetzt durch Druck auf die übergebliebene Carotis dextra das Geräusch nicht mehr zum Ver-

Digitized by Google

schwinden gebracht werden. In den an diesen Fall sich knüpfenden Bemerkungen wird die Schwierigkeit der Diagnose zwischen Aneurysma und Gehirntumor hervorgehoben. Beim zweiten Fall war venöses Geräusch vorhanden, indem man am Halse rechterseits ein sehr starkes, linkerseits ein schwächeres Nonnengeräusch hörte. Dasselbe hörte man beim Anlegen des Stethoscopes an die rechte Ohrmuschel, es ist mit dem Pulse isochron und verschwindet, wenn der Kopf nach vorn gebeugt oder zur rechten Seite gedreht wird, gleichfalls verschwindet dasselbe, wenn ein leichter Druck auf die Halsvenen ausgeübt wird. In Erwägung des Umstandes, dass das Geräusch im Ohre denselben acustischen Character, wie das Nonnengeräusch habe und nach Prüfung der anatomischen Verhältnisse, kam der Vortr. zum Schlusse, dass das im Ohre hörbare Geräusch nicht daselbst entstanden, sondern vom venösen Geräusch am Hals zum Ohr fortgeleitet wird.

Discussion:

Prof. Barth berichtet, nach einigen ganz zutreffenden Bemerkungen über die Weitläufigkeit des vorhergegangenen Vortrages, über an sich selbst beobachtete Erscheinungen von subjectiven, zweifellos auch objectiv hörbaren Geräuschen, die auf Muskelthätigkeit zurückzuführen sind. Vortr. kann leicht durch willkürliche Innervation die Tuben öffnen und eine Zeit lang offen halten. Die dabei wahrnehmbaren Geräusche sind dreifacher Art: ein knipsendes, durch Abweichen der Tubenwände von einander entstanden, ein dumpfes, durch Contraction der Gaumenmusculatur bedingt, und ein hellerer Muskelton, der auf den Tensor tympani zurückzuführen ist. Letzterer tritt auch häufig allein, in Folge einer Hyperästhesie als Reflexerscheinung ein. Die Hörfähigkeit ist stets für beide Ohren eine normale gewesen. Vor ungefähr 10 Jahren trat dieser pathologische Reflex zuerst ein, als das Ohr längere Zeit dem plätschernden Geräusch aus der Leitung fliessenden Wassers ausgesetzt war, dann aber zeigte es sich auch bald bei Einwirkung schriller Frauenstimmen, trillernden und klappernden Tönen und Geräuschen, welche annähernd in der dritten Octave lagen. Waren die Gehörorgane längere Zeit solchen Reizen ausgesetzt, so blieb die Reizbarkeit noch längere Zeit zurück. Ebenso wurde sie durch nervöse Ueberreizung vermehrt, nicht durch Körperanstrengung. Sie bestand in unregelmässig wiederkehrenden Geräuschen („Dub"), welche sich in kurzen oder längeren Pausen wiederholten Dabei hatte man gleichzeitig das Gefühl eines Zuckens im Ohr. Das rechte Ohr war immer reizbarer, als das linke. Der Reflex wurde also für gewöhnlich nicht von einem Ohr auf das andere übertragen. Vermeidung der reizenden Schalleinwirkungen besserten den Zustand. Die Hörfähigkeit hat bis heute darunter nicht gelitten.

Dr. Fischenich (Wiesbaden) theilt einen Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch mit, welcher nach einer Angina bei einer 40jährigen nervösen Frau entstanden war; das Geräusch war ein knackendes, für die Umgebung hörbares, es bestand keine Contraction der Tubenmusculatur, dagegen aber jedesmal eine deutliche Bewegung des Trommelfelles; es handelte sich hier warscheinlich um einen clonischen Krampf des Musculus tensor tympani. Heilung erfolgte durch Catheterismus.

Digitized by Google

Demonstrationen:

Schubert (Nürnberg): 1) Trommelfellloupe.

Die Benutzung einer Loupe setzt voraus, dass das Object sich in einem Abstand von der Linse befindet, welcher die Brennweite nicht ganz erreicht. Befände sich das Object in der Brennweite selbst, so würde ein Bild überhaupt nicht zu Stande kommen; wäre der Abstand noch grösser, dann käme ein umgekehrtes Luftbild vor der Linse zu Stande. Vortr. erklärt den Strahlengang durch Zeichnung. Will man daher stärkere Loupen für das Trommelfell verwenden, so ist es nöthig, dieselben nicht aussen am Ohrtrichter, wie es Trautwein bei seiner schwächeren Loupe gethan hat, anzubringen, sondern näher am Trommelfell, an der Spitze des Ohrtrichters. Die störenden Reflexe auszuschalten, gelingt durch Schrägstellung der Linse sehr mangelhaft und es würde sich bei starken Loupen zugleich astigmatische Vergenz des Bildes bemerkbar machen. Vortr. zog daher vor, eine planconvexe Loupe zu verwenden und mit einem Prisma zu combiniren. Dadurch wird der Reflex weit seitwärts geworfen und aus dem Gesichtsfelde ausgeschaltet. Das Prisma gestattet ferner, bis zu einem gewissen Grade in die Seitenbuchten der Pauke bei zerstörtem Trommelfell Einblick zu gewinnen, da es wie ein im Winkel gestellter Spiegel wirkt. Die Loupe ist bei Opticus Schmidt, Nürnberg, zum Preise von 6 Mk. käuflich.

2) Demonstration von Leim-Glycerin-Präparaten des Ohres.

Unter Hinweis auf die im „Archiv für Ohrenheilkunde", 36. Bd., S. 295 von Vortr. beschriebene Einbettungsmethode frischer oder gefärbter Knochen und Weichtheilpräparate zum Zweck der Demonstration der macroscopischen und Loupenbetrachtung, werden eine Reihe von normalen und pathologischen Präparaten, theils vom Vortr., theils von Dr. Richter angefertigt, vorgelegt.

3) Demonstration der Privatklinik, die vollkommen modern, zweckmässig, allen wissenschaftlichen Postulaten entsprechend eingerichtet, allgemeinen Beifall fand.

Hartmann (Berlin): Demonstration in der gemeinsamen laryngo-otologischen Sitzung von sehr interessanten und instructiven anatomischen Präparaten, die von allen Seiten bewundert wurden, von denen wir jedoch leider kein Referat erhielten.

Dr. Fischenich (Wiesbaden): Ueber Hämatom und primäre Perichondritis des Nasenseptums.

Der Vortr. bespricht zuerst die Literatur, die über das Hämatom der Nasenscheidewand vorhanden ist und betont, dass in den meisten Fachlehrbüchern dasselbe gar nicht oder nur kurz erwähnt sei. Vortr. schildert zunächst die Entstehung, die fast ausschliesslich einem Trauma der Nase mit nachfolgender Zerreissung von Gewebe und Blutgefässen zu verdanken sei. Selbst geringe Blutungen zwischen Knorpel und Schleimhaut können schon zur vollständigen Ablösung der Schleimhaut und Vorfall derselben führen. Wichtig sei, dass das Trauma den Nasenrücken treffe, bei seitlichen Verletzungen komme die Elasticität des Knorpels als Schutzmittel in Betracht, auch der Bau der Nase sei in

Digitized by Google

Fällen weniger, in einigen mehr geeignet für die Entstehung eines Hämatoms. Fraktur der knorpeligen Nasen-Scheidewand mit Hämatom zusammen ist in den wenigsten der bekannt gewordenen Fälle beobachtet worden. Auch spontane Hämatome wurden, wenn auch nur zweimal beobachtet. Was die Veränderungen, die das Hämatom nach seiner Entstehung erleidet, angeht, so kommt zunächst die Resorption in Betracht: für eine solche müssen aber die Verhältnisse sehr ungünstig liegen, da nur ein einziges solches Vorkommniss in der Litteratur berichtet wird. An zweiter Stelle kann sich das Hämatom allmählig zu einer Cyste mit mehr oder weniger blutig gefärbtem serösen Inhalte umwandeln. Vortr. beschreibt einen Fall eigener Beobachtung. Bei einem 20jährigen jungen Manne hatte sich nach einem leichten Schlag auf die Nase heftiges Nasenbluten eingestellt mit nachfolgender Verstopfung zuerst der linken, 3 Wochen später auch der rechten Nasenhälfte. Die nach 6 Wochen vorgenommene Eröffnung ergab blutig seröse Flüssigkeit; nach der Operation fallen die Tumoren zusammen, die Tamponade bringt in acht Tagen Heilung. Der häufigste Uebergang ist derjenige in Eiterung, wenn zugleich mit dem Trauma oder auch später eine Infection stattfand. Unter diese Kategorie gehören die meisten in der Litteratur berichteten Fälle. Zweifellos ist eines der häufigsten Vorkommnisse die Perforation des Septums, dieselbe ist wohl meist als Druckusur aufzufassen. Wenn von anderer Seite behauptet wird, dass die Perforation oft schon wenige Stunden nach der Entstehung des Hämatoms auftrat, so hat Vortrag. in dem vorhin erwähnten Falle eine Perforation erst nach 3 Wochen beobachten können. Ein zweiter von ihm beobachteter Fall ist deshalb lehrreich, weil die Perforation nach drei Tagen noch nicht eingetreten war, weil der Bluterguss noch völlig flüssig war und weil keine Fraktur vorhanden. Es handelte sich um einen 30jährigen Landwirth, der vom Pferde einen Schlag auf die Nase erhielt: Blutung, Prolaps der rechten Mucosa, nach 3 Tagen Eröffnung, Tamponade und Heilung. Die Diagnose des Hämatoms gründet sich auf die plötzliche Entstehung nach Trauma, auf die Blutung, auf den einseitig oder doppelseitig vorhandenen, blauroth gefärbten, weichen Tumor, der Fluctuation zeigt und vom Septum ausgeht. Verwechselung kann stattfinden mit Nasenpolypen, mit Abscessen und Cystenbildung. Vortrag. spricht sich für die baldigste eventuell doppelseitige Eröffnung aus, für gleichzeitige unter den nöthigen Cautelen vorgenommene Tamponade, wenn nöthig für desinficirende Ausspritzungen und Einlegen von Wattetampons in die Geschwulst zur Offenhaltung. Die Prognose ist günstig; eine bleibende Septumperforation gehört zu den Ausnahmen, Deviationen sind nur zu befürchten, wenn eine gleichzeitig vorhandene Knorpelfractur nicht reponirt wird.

Die primäre Perichondritis des Nasenseptums ist sehr selten; secundär wird sie dagegen beobachtet bei Luës, Tuberculose, Lupus und nach Trauma. Die primäre eitrige Perichondritis wurde bisher mit Sicherheit nur von vier Autoren beobachtet; von diesen führen mehrere die Krankheit auf gleichzeitiges Erysipel zurück, in anderen Fällen ist überhaupt keine Ursache aufzufinden. Noch seltener ist die seröse Form der primären Perichondritis, die sich analog verhält, wie die Perichondritis auriculae, die Periostitis albuminosa der Chirurgen und

Digitized by Google

gewisse nicht eitrige Formen der Perichondritis laryngea. Den einzigen genauer beobachteten Fall schildert Jurasz. Vortr. berichtet über zwei neue Fälle; in dem einen war keine Ursache der Entstehung zu ermitteln, im zweiten Falle konnte bestimmt der Zusammenhang mit einer Periostitis des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers nachgewiesen werden. Der erste Fall betraf ein 12jähriges Mädchen, bei dem plötzlich Schmerzen in der Nase auftraten, das Gesicht schien geschwollen, die Nase verstopfte sich, der Nasenrücken sank ein und nach einigen Tagen hingen aus beiden Nasenlöchern röthlich gefärbte rundliche Geschwülste, welche miteinander durch eine grosse Perforation communicirten und deutliche Fluctuation zeigten. Die Incision ergab eine wasserhelle klare Flüssigkeit, die Tumoren fielen zusammen. Doch musste die Punction mehrfach wiederholt werden, da der Inhalt recidivirte. Heilung nach 6 Wochen. Die Schleimhaut hatte sich aneinandergelegt, doch blieb ein grosser Knorpel daselbst. Der zweite Fall betraf ein 14jähriges Mädchen aus New-York, das überaus schlechte Zähne hatte, Schneide- und Eckzähne vollständig cariös, das Zahnfleisch excoriirt und mit Eiter bedeckt. Eines Tages trat schmerzhafte Schwellung des Zahnfleisches auf, welche sich nach oben und auf den Nasenboden fortsetzte. In derselben Nacht Verstopfung der Nase und Prolaps der Mucosa beiderseits. Auch hier ergab die Punction wasserhelles Exsudat zwischen der vollständig losgelösten Schleimhaut und dem perforirten Knorpel; die Prognose ist günstig in Bezug auf die Function, weniger auf die Form. Die Diagnose stützt sich auf die langsame Entwickelung, die Schmerzhaftigkeit, die rothe Färbung der Tumoren, vor Allem auf die Probepunction.

Lichtenberg.

Bericht
über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington, 5.—8. Sept. 1893.

Von

Dr. **Max Thorner** in Cincinnati, O.

Schriftführer der Section.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Dr. L. D. Brose (Evansville): Die Oeffnung der Zellen des Warzenfortsatzes bei acuten Entzündungen des Mittelohres.

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass gelegentlich in Fällen, in denen nach den allgemein angenommenen Grundsätzen durch die vorhandenen Symptome die Eröffnung des Warzenfortsatzes indicirt war, wo aber entweder die Operation von den Patienten verweigert oder aus irgend welchen anderen Gründen verschoben wurde, dennoch schliesslich durch locale Behandlung allein Heilung erzielt wurde. Otorrhoe, die mit heftigen Schmerzen einhergeht, ödematöse Schwellung oberhalb des Warzenfortsatzes, Fieber, das durch antiphlogistische Behandlung in acht Tagen (Schwartze) nicht reducirt wird, sind Indicationen für

Digitized by Google

die Mastotomie, namentlich dann, wenn die hintere und obere Wand des Gehörganges geschwollen und Furunculosis oder Otitis ext. diffusa ausgeschlossen ist. Desgleichen ist Mastotomie indicirt in solchen Fällen von acuter eiteriger Mittelohrentzündung, in denen der Warzenfortsatz nicht afficirt erscheint, die jedoch der gewöhnlichen Behandlung während zwei bis drei Wochen widerstehen, als auch prophylactisch, wenn der Eiterabfluss erschwert ist wegen grosser Schwellung der Schleimhaut der Paukenhöhle oder wegen der Lage und Kleinheit der Perforation oder wegen Stenose des Gehörganges. Gehirnabscess, eiterige Phlebitis mit Sinusthrombosis, extra-durale Abscesse und Meningitis, selbst wenn pyämische oder septicämische Symptome vorhanden sind, indiciren selbstverständlich Mastotomie. Ausserdem muss der Warzenfortsatz geöffnet werden bei unheilbaren und immer wieder recidivirenden Neuralgien.

Bei der Operation folgt Verf. im Allgemeinen der von Hartmann angegebenen Methode. Die Operation ist beendet, wenn Eiter angetroffen wird. Bei mehr ausgedehnten Eiterungen, und wenn der Atticus hauptsächlich der Ort der Erkrankung ist, muss das untere Ende der hinteren Gehörgangswand auch entfernt werden, und zuweilen ein Drainagerohr von der neugebildeten Oeffnung aus durch den äusseren Gehörgang geführt werden. Gute Resultate können sowohl mit dem Meissel als mit dem Drillbohrer erzielt werden, da dieselben mehr von dem Operateur als von den Instrumenten abhängig sind.

Dr. Albert H. Tuttle (Cambridge): Die Prognose und chirurgische Behandlung der chronischen Mittelohrerkrankung.

Bei der trockenen Form des chronischen Mittelohrcatarrhs kann bedeutende Verbesserung des Gehörs durch Entfernung der Fussplatte des Steigbügels erzielt werden, namentlich in solchen Fällen, in welchen die Schwerhörigkeit bedeutend ist, und in denen die Fussplatte fest im ovalen Fenster fixirt ist. Die Operation ist unter solchen Umständen oft sehr schwierig, wegen der Verknöcherung der Ligamente und der Schwäche der Schenkel des Steigbügels. Wenn der Steigbügel sehr fest fixirt ist, ist die Entfernung des Amboss allein eine nutzlose Operation. In manchen Fällen ist die Entfernung des Steigbügels wegen der Form des Gehörganges unmöglich. Die Patienten erholen sich schnell nach der Operation und leiden gewöhnlich nur für einige Stunden an Schwindel, der jedoch auch gänzlich fehlen kann.

Bei eiteriger Mittelohrentzündung empfiehlt Verf. die operative Entfernung der zwei grösseren Gehörknöchelchen, aber er unterstützt die Wiederneubildung des Trommelfelles dadurch, dass er soviel als möglich von dem Rande desselben zurücklässt. Er thut dies, weil er glaubt, dass fortdauernde Mittelohreiterung nach Entfernung der Gehörknöchelchen und Behandlung des Mittelohres durch Erkrankung des Warzenfortsatzes verursacht wird und eine besondere Operation erheischt, und dass eine grössere Neigung zu wiederkehrender Eiterung erzeugt wird, wenn die Höhlen des Schläfebeins nicht gegen atmosphärische Einflüsse durch die Anwesenheit des Trommelfelles geschützt werden. Er warnt gegen die kritiklose Entfernung der Gehörknöchelchen bei Fällen von Vertigo und empfiehlt die Operation nur in solchen Fällen, in denen Adhäsionen des Trommelfelles oder Ankylose der Gehörknöchelchen im

Digitized by Google

Voraus nachgewiesen werden können. Bei Fällen von vollständigem Verschluss der Eustachi'schen Röhre ist die Entfernung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen von fraglichem Nutzen, und bei Verkalkung des Trommelfelles ist die stückweise Entfernung der Kalkablagerungen zu empfehlen.

Dr. S. S. Bishop (Chicago): Die Indicationen und besten Methoden der Operationen am Warzenfortsatze.

Der Verfasser ist der Ansicht, dass die meisten Aerzte zu conservativ sind sowohl was die Zeit zur Vornahme der Operation anlangt, als auch hinsichtlich der Ausdehnung derselben. Er ist Zeuge von letalem Ausgange gewesen: 1) nach verweigerter Operation, 2) nach zu lange aufgeschobener Operation und 3) nach Operationen, die zu ängstlich ausgeführt wurden, um alles Erkrankte zu entfernen. Aber ihm ist kein tödtlicher Ausgang als Resultat der Operation an und für sich bekannt.

Die Erkrankung, welche die Operation erfordert, ist bedeutend gefährlicher, als die für ihre Heilung nothwendigen richtigen chirurgischen Massnahmen. Grössere Kühnheit in den operativen Methoden wird die Erfolge auf diesem Gebiete bedeutend vermehren. Verf. hat die folgenden sechs Regeln formulirt, die ihm als Leitschnur gedient haben hinsichtlich der Vornahme dieser Operation. Der Warzenfortsatz sollte geöffnet werden:

1) Wenn acute Erkrankung des Knochens vorhanden ist, welche palliativer Behandlung nicht weicht.

2) Wenn Schwellungen und Abscesse sich immer wiederholen.

3) Wenn die hintere und obere Wand des äusseren Gehörganges bei Mittelohreiterung vorgewölbt ist.

4) Wenn eine Fistel vorhanden ist.

5) Wenn sehr heftige Schmerzen in derselben Seite des Kopfes, auf der das Ohr erkrankt ist, vorhanden sind, die aller anderen Behandlung Widerstand leisten.

6) Wenn eine andauernde Otorrhoe nicht durch andere Mittel beseitigt werden kann.

Verf. giebt der von Schwartze angegebenen Methode den Vorzug, die je nach den Umständen verändert werden kann. Stacke's Methode lässt eine zu grosse Wundoberfläche zurück und die Heilungsdauer nach derselben ist zu lange. Es bleibt auch eine Neigung zu Verengerung des äusseren Gehörganges zurück, welche die Anwendung von dilatirenden Röhren erfordert.

Bei der Operation ist das vom Reflector reflectirte Licht oder die electrische Stirnlampe dem diffusen Tageslicht vorzuziehen. Die Wunde ist mit Jodoformgaze offen zu halten, bis dieselbe von der Tiefe aus geheilt ist. Aristol ist ein ausgezeichnetes, Vernarbung beförderndes Mittel und ist ausserdem schmerzlindernd. Verf. wendet es häufig an.

Discussion der letzten vier Vorträge:

Dr. C. R. Holmes kann Dr. Cohn nicht beipflichten, dass die Stacke'sche Operationsmethode aseptischer ist, als wenn die Entfernung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen durch den äusseren

Digitized by Google

Gehörgang bewerkstelligt wird. Soweit haben die Operationen bei chronischem Mittelohrcatarrh so geringe Resultate ergeben, dass kaum eine Thatsache vorhanden ist, die eine so ausgedehnte Operation rechtfertigen würde. Hinsichtlich von Drillbohrern oder Trepankronen, die in Dr. Brose's Vortrag erwähnt wurden, ist er der Ansicht, dass sie nicht in das Armamentarium des modernen Ohrenarztes gehören. Es sind dies Instrumente, die seiner Zeit angewendet und empfohlen wurden, die jedoch jetzt, und aus guten Gründen, der Vergangenheit angehören. Auch erscheint Dr. Brose's Vorschlag, Drainageröhren von der Oeffnung im Warzenfortsatz aus in das Mittelohr und von hier aus dem äusseren Gehörgang heraus zu führen, nicht empfehlenswerth, weil in Fällen, in denen solch' ausgedehnter Eingriff in das Mittelohr nothwendig erscheinen sollte, die Operation nicht radical genug wäre; während es gegen alle Regeln der Chirurgie wäre, das Mittelohr und die Gehörknöchelchen zu gefährden, wenn die Operation nur unternommen wird, um eine Ausflussöffnung für die Zellen des Warzenfortsatzes zu schaffen.

In Bezug auf die Entfernung des Steigbügels haben Schwartze und Lucae keine ermuthigenden Resultate erzielt. In kürzlich von Prof. Schwartze und Dr. Stacke empfangenen Briefen sprechen dieselben sich ungünstig über die Operation aus, und Prof. Schwartze ist hinsichtlich der Berichte von Dr. Jack über die von ihm durch Stapes-Extraction erzielten Resultate der Ansicht, dass noch nicht genügend Zeit vergangen ist, um über diese Fälle endgiltig urtheilen zu können, und dass er vorläufig nicht glaubt, dass die Resultate so gut sind, als es den Berichten nach erscheinen könnte.

Dr. Holmes stimmt Dr. Bishop bei, dass Ohrenärzte im Allgemeinen zu conservativ bei derartigen Operationen vorgegangen sind, und dass Viele dabei zu furchtsam waren. Wenn wir die Nothwendigkeit einer Operation entschieden haben, sollten wir mit der grössten Vorsicht vorgehen, gefährliche Regionen zu vermeiden; wir sollten aber auch den Muth haben, alles Erkrankte zu entfernen. Auch sollte Wilde's Einschnitt allein nicht gemacht werden. Schwartze hat denselben in seinem letzten Werke fortgelassen, da derselbe schmerzhaft ist, und da in Fällen, in denen die Erkrankung soweit vorgeschritten ist, um eine Operation zu erfordern, die Zellen des Warzenfortsatzes in beinahe allen Fällen auch erkrankt sind, und der Patient nur Vortheil von der Eröffnung der knöchernen Decke der Warzenzellen gewinnen kann.

Wenn die Hautauskleidung der geschaffenen Oeffnung aus der Gehörgangswand nach der von Stacke angegebenen Methode gemacht wird, so kann nach der Operation, sofern die Höhle gut mit Gaze vollgepackt wird, keine Stenosirung eintreten. Erfahrungsgemäss kann nach der Operation das grösste Speculum in den Gehörgang eingeführt und die neugeschaffene Höhle in allen ihren Theilen vollständig überblickt werden. Wir erwarten nicht, dass diese durch Entfernung des erkrankten Knochens geschaffene Höhle mit Narbengewebe ausgekleidet werde. In der That, das wäre das Unliebsamste, das passiren könnte. Im Gegentheil muss unser Bestreben dahin gerichtet sein, die Höhle mit gesunden Epithelzellen bedeckt zu bekommen; und dies kann nie geschehen, wenn die Höhle andauernd und fest ausgepackt wird, bis sie völlig mit Epidermis ausgekleidet ist.

Digitized by Google

Prof. Dr. Politzer bemerkt, dass er in acuten Fällen nie das Antrum öffnet. Die Erkrankung der Zellen des Warzenfortsatzes ist in acuten Fällen selten in Communication mit dem Antrum, und es ist daher weit besser, die Operation auf die Eröffnung der Zellen zu beschränken. Wir bekommen auf diese Weise eine reine, uncomplicirte Wunde, die schnell heilt. Seit letzter Zeit hat er die Wunde nur während eines oder zweier Tage mit Jodoformgaze tamponirt, sie in der That sogar in manchen Fällen gleich nach der Operation durch die Naht fest verschlossen und Druckverband angelegt, nachdem natürlich vorher alles Erkrankte mit dem scharfen Löffel völlig entfernt worden war. In solchen Fällen konnten die Patienten oft schon nach einer Woche das Hospital verlassen.

In Fällen von chronischer, sclerotischer Mittelohrentzündung hat er im Allgemeinen keine Hoffnung, gute Resultate durch die Entfernung der Gehörknöchelchen zu erzielen. In manchen Fällen ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, durch die Operation den Zustand des Gehörs zu verschlimmern. Jedenfalls ist es seine Erfahrung, dass dauernde Gehörsverbesserung nach Entfernung der Gehörknöchelchen bei Sclerose kaum zu erreichen ist. Anders verhält es sich natürlich bei einfachen Adhäsionen zwischen Trommelfell, Gehörknöchelchen und Paukenhöhlenwand. In derartigen Fällen darf man Verbesserung des Gehörs von operativen Eingriffen sich versprechen. Bei chronischen eiterigen Mittelohrentzündungen muss man wenig von der Entfernung der Gehörknöchelchen allein erwarten. In derartigen Fällen hat er die Eröffnung des Atticus und des Antrum nach der Küster'schen Methode mit gutem Erfolge ausgeführt.

Dr. Thorner kann den von Dr. Brose für die Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuten Fällen von eiteriger Mittelohrentzündung angegebenen Indicationen nicht im Ganzen beistimmen. Der Umstand, dass acute Otorrhoe mit heftigen Schmerzen einhergeht, oder dass diffuse, teigige Schwellung oberhalb des Warzenfortsatzes besteht, kann an und für sich nicht als Indication für die Operation gelten. Erst wenn sich andere Methoden als unwirksam erwiesen haben, ist die Operation angezeigt. Nun ist es aber eine Thatsache, dass active antiphlogistische Behandlung in vielen Fällen von den besten Erfolgen begleitet ist. Er selber hat von Eisumschlägen oder von frühzeitig angesetzten Blutegeln schnellen Nachlass der eben genannten Erscheinungen gesehen, so dass in 24 Stunden selbst bei den heftigen, während der letzten Influenza-Epidemien gesehenen Anfällen von acuter eiteriger Mittelohrentzündung das ganze Krankheitsbild verändert war; und noch kürzlich hat Dr. Gorham Bacon in New-York eine Reihe von ausgezeichnetsten Erfolgen bei der Anwendung des Leiter'schen Kühlrohres in derartigen Fällen berichtet. Auch glaubt Dr. Thorner, dass es zu weit gegangen ist, die Eröffnung des Warzenfortsatzes zu empfehlen für Fälle von einfacher acuter Mittelohrentzündung, die gewöhnlicher Behandlung in zwei bis drei Wochen nicht weichen, oder weil der Eiterabfluss aus irgend welchen Gründen etwas erschwert ist. Da giebt es doch einfachere Mittel, zum Ziele zu kommen, als gleich den Warzenfortsatz und das Antrum zu eröffnen. Bohrer und Trepankronen finden wohl kaum noch ernstlich Vertheidiger für diese Operation.

Hinsichtlich der Operation für chronische, sclerotische Mittelohr-

Digitized by Google

entzündung ist es bemerkenswerth, wie sehr die Ansichten der besten Beobachter auseinander gehen. Während Dr. Tuttle der Entfernung der Fussplatte des Steigbügels auf die Empfehlung von Dr. Jack und Anderer das Wort als gehörsverbessernd redet, haben die Demonstrationen von Prof. Politzer gezeigt, dass wir kaum Etwas von dieser Operation erwarten können. Die Entfernung des Ambosses allein ist nach Dr. Tuttle eine nutzlose Operation; dagegen hat noch kürzlich Dr. Burnett in Philadelphia gerade die Entfernung dieses Gehörknöchelchens an der Hand einer Anzahl von Krankengeschichten warm empfohlen. Soweit sind jedenfalls die Indicationen und Methoden dieser Operation noch nicht völlig klar gestellt, um häufig gute Resultate erwarten zu lassen.

In Bezug auf den Wilde'schen Einschnitt, dessen Erwähnung gethan wurde, glaubt er, dass derselbe doch nicht so ganz und gar zu verwerfen ist, da erfahrungsgemäss bei einfacher, uncomplicirter Periostitis des Warzenfortsatzes durch denselben sich in kürzester Zeit ausgezeichnete Resultate erzielen lassen.

Dr. Felix Cohn wünscht durchaus nicht so verstanden zu sein, als ob er die Entfernung der Gehörknöchelchen bei chronischem Mittelohrcatarrh empfehle; er hat die zwei Fälle nur berichtet, da er sich von der Anwendbarkeit dieser Methode überzeugt hatte. Er ist der Ansicht, dass es nur wenige chronische Erkrankungen der Paukenhöhle giebt, in denen die Entfernung der Gehörknöchelchen von dauernden, guten Resultaten begleitet wird, und die Operationen sollten darauf beschränkt werden, einen Fortschritt der Erkrankung womöglich zu verhüten oder für Fälle von unerträglichem Tinnitus aurium, so dass selbst Ohrenärzte, die über ein grosses Material verfügen, nicht Gelegenheit finden werden, in vielen Fällen zu operiren. Hinsichtlich der Technik der Operation ist er der Ansicht, dass die extra-auriculäre (Stacke's) Methode gerade so empfehlenswerth wie die intra-auriculäre Methode ist, falls sie derselben nicht vorzuziehen ist. Uebrigens ist die im Grossen ausgeführte Entfernung der Gehörknöchelchen ganz und gar zu verwerfen.

Dr. Bishop erklärt, dass er nur in seltenen Fällen ein Drainageröhrchen in die Wunde nach der Eröffnung des Warzenfortsatzes einlegt. Die Wunde wird durch einen Tampon von Jodoformgaze offen gehalten, bis sie vom Grunde aus bis zum Niveau des Knochens ausgofüllt ist. Nach der nach Stacke's Methode ausgeführten Operation hat er gewöhnlich eine Hartgummiröhre während eines Tages in den Gehörgang eingelegt, und dieselbe dann während der folgenden Tage durch ein Weichgummiröhrchen ersetzt.

In Bezug auf die Entfernung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen bei chronischem Mittelohrcatarrh ist er ausserordentlich vorsichtig geworden. Ihm sind vier Fälle bekannt, in welchen allen die Resultate dieser Operation so durchgehend schlecht waren, dass sie ihn von der Vornahme derselben abgeschreckt haben. In einem Falle war das Ergebniss der Operation absolute Taubheit in dem operirten Ohre, mit chronischer Eiterung und Vertigo. In einem anderen Falle war der in nur geringem Grade vorhandene Tinnitus aurium nach der Operation bedeutend verschlimmert, während das Gehör nicht verbessert war. Bei chronischer Eiterung und necrotischen Processen an den Gehörknöchel-

Digitized by Google

chen zögert er nicht, geeigneten Falles die Gehörknöchelchen zu entfernen.

Dr. Johnson Eliot (Washington): Der Phonograph bei der Behandlung der Taubheit.

Eine Review der Theorie des Phonographs, der Massage als angewendet für die Behandlung der Ohrenkrankheiten und der practischen Verwerthbarkeit des Phonographen als ein Mittel, Massage des Ohres zu appliciren. Verf. giebt die Krankengeschichten verschiedener Fälle und kommt zu dem Schlusse, dass, soweit seine Erfahrung geht, der Phonograph nicht für die Behandlung der Taubheit zu verwerthen ist.

Dr. M. Toeplitz (New-York): Klinischer Beitrag zum Studium der Syphilis des Gehörorgans.

Bericht eines Falles, in welchem eine primäre Labyrinthaffection sich im Laufe einer frisch erworbenen Syphilis zeigte, und in welchem das Ohrenleiden gleichzeitig mit dem Auftreten der Roseola anfing. Besonders bemerkenswerth ist bei diesem Fall, dass 1) die Affection des Labyrinthes gleich nach dem Erscheinen der Plaques auf der Schleimhaut des Pharynx auftrat; 2) dass das Ohrenleiden sich früh während des secundären Stadiums zeigte, und ohne dass das Mittelohr afficirt wurde; 3) dass die Diagnose auf Syphilis von der Ohrenerkrankung gemacht wurde. Der Fall wurde unter antisyphilitischer Behandlung gebessert.

Dr. Lawrence Turnbull (Philadelphia): Die Operation der Excision der Gehörknöchelchen bei chronisch suppurativen und nicht suppurativen (progressive Sclerose) Erkrankungen des Mittelohres.

Bei chronisch eiterigen Erkrankungen des Mittelohres muss man, nachdem alle anderen Methoden ohne Erfolg angewandt worden sind, zur Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen schreiten behufs Heilung necrotischer Knochen oder zum Zwecke der Entfernung erkrankter Gewebe, die mechanisch den Abfluss des Eiters als auch den Eintritt der Schallwellen verhindern. Es ist dies jetzt eine wohlbegründete chirurgische Massregel und stellt einen entschiedenen Fortschritt der Otochirurgie dar.

Die „Otosclerectomie", wie die Operation der chirurgischen Entfernung aller oder einiger der sclerosirten oder im Zustande der Ankylose sich befindenden Schallleiter bei chronischer, nicht eiteriger Mittelohrentzündung genannt wird, hat die Billigung der meisten Otologen in den Vereinigten Staaten und diejenige vieler in Deutschland für sorgfältig ausgewählte Fälle gefunden. Ungünstige Resultate können natürlich vorkommen, und thun es thatsächlich, und dies sowohl bei Anfängern wie Meistern. Bei sorgfältig ausgewählten Fällen hat Verf. jedoch gute Resultate gehabt, sofern es sich um Patienten handelte, bei denen die Ursache des Ohrenleidens an irgend einer Stelle zwischen den Verdickungen und Adhäsionen des Trommelfelles und Ankylosis des Hammers und Steigbügels lag. Fast in allen Fällen ist es nothwendig, eine versuchsweise Operation durch Entfernung eines ovalen Stückes aus dem Trommelfelle mit dem Hammer vorzunehmen. Wenn wir finden, dass

Digitized by Google

diese Oeffnung das Gehör verbessert oder die Ohrgeräusche und den Schwindel erleichtert, muss die Operation durch Entfernung des Amboss vervollständigt werden.

Bei trockener, progressiver Sclerose ist ein Einschnitt in das Trommelfell hinter dem Hammer und darauf folgender Traction am Amboss-Steigbügelgelenk empfohlen worden. Wenn dieses nicht genügt, die quälenden Symptome zu erleichtern, so ist es anzurathen, das Trommelfell und die Gehörknöchelchen zu entfernen. Durch diese Operation ist es dem Verfasser gelungen, dem Fortschreiten eines sclerotischen Mittelohrprocesses Einhalt zu gebieten. Verf. illustrirt dies durch einige diesbezügliche Krankengeschichten. Bei diesen Operationen hat es sich nicht immer nothwendig erwiesen, den Amboss und Steigbügel zu entfernen. Auch bei Fällen von heftigen Schmerzen im Ohre, deren Natur unbekannt war, die aber mit einem entsetzlichen Druckgefühl einhergingen, hat sich grosse und dauernde Erleichterung der Patienten durch die Eröffnung der Trommelhöhle und die Lösung der Verbindungen des Hammers erzielen lassen. Fälle, bei denen der Gehörnerv atrophisch oder gelähmt ist, müssen nicht operirt werden. Auch muss man sehr vorsichtig sein, den Fallopi'schen Canal nicht mit dem Steigbügelhaken zu verletzen. Kinder können ganz gut operirt werden, und selbst alte Leute haben durch die Operation eine Verbesserung des Gehörs für gewöhnliche Conversation und grosse Erleichterung vom Tinnitus aurium und Vertigo erfahren. Unglückliche Zufälle können natürlich eben so gut als nach anderen Operationen vorkommen; doch Vieles kann gethan werden, sie zu verhindern oder auf ein Minimum zu beschränken. Dem Verfasser ist kein Todesfall bekannt, der der Operation zur Last gelegt werden konnte; doch sind Fälle berichtet worden, in welchen das Gehör sich nach der Operation verschlechtert hat.

An der Discussion nahmen Theil die Herren Thorner, Hobby, Maloney, Barman und der Verfasser.

Dr. E. D. Spear (Boston) demonstrirte ein neues Hörrohr, das im Wesentlichen aus zwei in einander geschobenen, kegelförmigen Trompeten besteht.

Dr. E. Dean (Scranton) zeigte einige neue und verbesserte Instrumente für die electrische Behandlung der Eustachi'schen Röhre.

Dr. R. D. Barret (St. Louis) demonstrirte einen verbesserten Pulver-Insufflator für das Mittelohr. Der Vortheil desselben im Gebrauche besteht darin, dass nur eine Hand erforderlich ist, die Canüle (eine Hartmann'sche Mittelohrcanüle) durch die Perforation einzuführen und den Gummiballon zusammen zu drücken. Zwischen diesem letzteren und der Canüle ist der Pulverbehälter, eine etwa haselnussgrosse Kugel, unbeweglich angebracht, und das Instrument wird noch besonders dadurch während des Gebrauches fixirt, dass an der unteren Fläche des Pulverbehälters ein Fingerring angebracht ist, in welchem der Daumen der den Gummiballon haltenden Hand eingeführt wird. Die andere Hand ist demnach frei für die Einführung des Ohrtrichters.

Digitized by Google

Dr. M. D. Lederman (New-York): Adenoide Vegetationen als ein ursächliches Moment bei Ohrenleiden.

Die Recidive bei eiterigen Mittelohraffectionen, wie sie häufig bei Kindern beobachtet werden, sind so augenscheinlich in vielen Fällen durch die Anwesenheit dieser Gebilde verursacht, dass die sorgfältige Entfernung derselben den Anfang unserer therapeutischen Massnahmen darstellen sollte. Wenn der Patient acute Symptome hat, müssen solche chirurgische Eingriffe natürlich verschoben werden, bis dieselben nachgelassen haben. Es macht keinen Unterschied, ob diese Gebilde den entzündlichen Zustand durch directe Fortsetzung in die Eustachi'sche Röhre erzeugen, oder dadurch, dass sie die Thätigkeit der Mm. levatores palati verhindern und auf diese Weise der nothwendigen Ventilation der Eustachi'schen Röhre und des Mittelohres im Wege sind, oder ob die Circulationsverhältnisse durch den auf die Pharynxschleimhaut ausgeübten Druck ungünstig beeinflusst werden. Es genügt zu wissen, dass diese Neubildungen in vielen Fällen ein Ohrenleiden veranlassen oder compliciren, um deren prompte Entfernung nothwendig erscheinen zu lassen. In solchen Fällen das Mittelohr allein zu behandeln, ist, milde gesagt, ein Kunstfehler.

Wenn wir häufiger den Finger in den Nasenrachenraum von jungen Patienten, die an recidivirenden Mittelohreiterungen leiden, einführen würden, so würde es in den meisten Fällen unnöthig sein, noch weiter nach der Ursache dieser Anfälle zu suchen. In Fällen, in denen ein mit eiteriger oder catarrhalischer Mittelohraffection behaftetes Kind adenoide Vegetationen hat, können wir eine gute Prognose stellen, vorausgesetzt, dass diese hypertrophischen Massen vollständig entfernt werden können. Wenn jedoch dieses lymphoide Gewebe nicht vollständig entfernt worden ist (was durch den untersuchenden Finger leicht constatirt werden kann), darf man dieses gute Resultat nicht mit Sicherheit erwarten. Selbstverständlich wird durch diese Operation nicht nur das Ohrenleiden, sondern auch der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten verbessert. Wir müssen jedoch nicht immer ein sofortiges Aufhören der Ohreneiterung erwarten, da es einige Tage und manchmal einige Wochen dauert, bevor die Eiterung endgiltig aufhört.

Dr. E. F. Ingals (Chicago): Hysterische Taubheit.

Hysterische Aphonie ist eine sehr häufige Affection, hysterische Taubheit dagegen eine sehr seltene Erscheinung. Verf. berichtet einen von ihm beobachteten Fall. Es handelte sich um eine 23jährige unverheirathete Dame, die häufig an Aphonie gelitten hatte. Sie war auch etwas schwerhörig. Vor etwa zwei Jahren wurde sie nach einem plötzlichen Schreck, durch das Anspringen einer Ratte gegen sie, beinahe völlig taub. Sie konnte die Uhr im Contact nicht hören, und nur lautgesprochene Worte, mit den Lippen nahe den Ohren, wurden verstanden. Patientin konnte nur mit Flüsterstimme sprechen. Unter der Anwendung von Strychnin in steigenden Dosen und Valerianpräparaten trat bald eine Verbesserung der Sprache und des Gehörs ein.

Dr. B. Alex. Randall (Philadelphia): Craniometrische Messungen an 500 Schädeln in Bezug auf die chirurgisch-topographische Anatomie des Ohres.

Verf. hat 500 Schädel verschiedener Racen mit besonders construirten

Digitized by Google

Messinstrumenten untersucht, um endgiltig nachzuweisen, ob sich bestimmte Beziehungen zwischen der Topographie des Ohres und der Form des Schädels feststellen lassen, namentlich mit Rücksicht auf die Methoden der Warzenfortsatz-Operation. Das Resultat seiner ausgedehnten Untersuchungen in dieser Richtung, erläutert durch die ausführlichen Messungsergebnisse, ist, dass dieselben, obwohl noch immer nicht ausgedehnt genug, um abschliessend zu sein, doch sicherlich zeigen, dass der Schädel-Index wenig Anhaltspunkte giebt in Bezug auf die anatomischen Verhältnisse, welche der Operateur möglicher Weise antreffen kann, und sie beweisen immerhin, dass sowohl Maximal- wie Minimaldimensionen in allen Schädelformen vorgefunden werden können.

Am Schlusse der Sitzungen wurde dem Vorsitzenden und dem Schriftführer der Dank der Section ausgesprochen.

Während der Verhandlungen wurde Herr Prof. A. Politzer, der durch seinen Vortrag und ausserdem durch eine Demonstration einer grossen Collection anatomischer und pathologischer Präparate des Gehörorganes und einer Sammlung von neuen und verbesserten Ohren-Instrumenten wesentlich zum wissenschaftlichen Erfolge der Sectionsarbeit beigetragen hatte, einstimmig zum Ehrenpräsidenten der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses erwählt.

II. Referate.

a) Otologische:

Influenza-Otitis. Nach den Beobachtungen an der kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Berlin von A. Jansen. (Archiv f. Ohrenheilkunde XXXI, X).

Der Autor kann die in der Literatur beschriebenen typischen Eigenschaften einer Influenzaform der Otitis nicht bestätigen und hat die Warzenfortsatzaffectionen mindestens ebenso häufig und nicht weniger schwer gefunden, als bei acuten Mittelohrentzündungen infolge anderer Ursachen. Gomperz.

Zwei Fälle von Ohrmuschelkrebs. Von Dr. Ernst Váli. (Ibidem XI.)

Ein Fall auf der Basis einer alten Warze, $^3/_4$ Jahre vor der Aufnahme entstanden, wurde operirt; 8 Monate nach Amputation der Ohrmuschel war kein Recidiv aufgetreten. Der zweite, der 2 Monate vor der Aufnahme mit Anschwellung und röthlichblauer Verfärbung der Ohrmuschel begann, erwies sich als inoperabel. Gomperz.

Ueber die Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen. Von Prof. E. Zaufal. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXI, XII.)

Nach einem kurzen Hinweise auf die Entwickelung der Lehre von der microparasitären Natur der eitrigen Mittelohrentzündungen bespricht der Verf. die bei der acuten und chronischen Otitis media bisher ge-

Digitized by Google

fundenen pathogenen Microorganismen, den Pneumobacillus Friedländer, den Diplococcus pneumon. Fraenkel-Weichselbaum und die pyogenen Microorganismen. Was die Häufigkeit ihres Vorkommens bei den acuten Entzündungen anbelangt, so scheint Zaufal bei den primären Formen die Frequenz des Diplococcus pneumoniae zu überwiegen, während bei den secundären Formen die pyogenen Mikroben, besonders der Streptococcus pyogenes praevaliren. Bei den traumatischen Entzündungen fand Zaufal nur pyogene Microorganismen.

Dass auch die specifischen Erreger von allgemeinen Infectionskrankheiten Mittelohrentzündungen werden hervorrufen können, scheint Zaufal nicht unmöglich, obwohl bisher keine Beweise dafür vorliegen.

Jedenfalls ergiebt sich aus diesen Funden die wichtige Thatsache, dass die acute Otitis media kein ätiologisch einheitlicher Process ist, sondern ihr Entstehen verschiedenartigen Microorganismen verdankt.

Die Frage, ob die Art des Erregers den guten oder bösartigen Verlauf der Entzündung bedinge, beantwortet der Autor dahin, dass hierfür der Grad der Virulenz des Entzündungserregers und der allgemeine Zustand des Patienten die wichtigsten Factoren seien. Allerdings kommen dazu noch andere Einflüsse, welche erst bei dem näheren Studium der einzelnen Bacterienarten erkannt wurden, und zwar das gleichzeitige Wuchern anderer pathogener und saprophytischer Keime in der Paukenhöhle, insbesondere der Fäulnissmicroorganismen, deren Stoffwechselproducte den Verlauf der Entzündung in verschiedener Weise sehr wesentlich zu beeinflussen vermögen.

Was die Complication der acuten Otitis media betrifft, so kommt Zaufal zum Schlusse, dass in der Regel der die Otitis primär erregende Parasit die Ursache der Complicationen abgiebt. Doch können solche auch durch Microorganismen erzeugt werden, welche secundär in den Entzündungsherd eingewandert sind.

In klarster Weise hat die bacteriologische Forschung das Abhängigkeitsverhältniss der Mittelohrentzündungen von den nebenliegenden Höhlen der Nase, des Rachens und des Mundes klargelegt, insofern, als dadurch der Beweis erbracht wurde, dass die die Otitis media erregenden Microparasiten nicht nur bei Erkrankungen, sondern auch unter normalen Verhältnissen dort anzutreffen sind. Untersuchungen am Kaninchen haben Zaufal gelehrt, dass auch die Paukenhöhle in den seltensten Fällen keimfrei ist.

Die bacterientödtenden Eigenschaften des Blutes und der Gewebssäfte, die ungeschwächte Lebensenergie der Gewebszellen, sowie die Resorptionskraft der verschiedenen Organe bilden die Schutzwehr gegen die Angriffe der pathologischen Keime; erst wenn jene Wehren Alterationen erleiden, wie z. B bei Infectionskrankheiten, finden die Bacterien günstigere Bedingungen zur Wucherung.

Sicherlich spielt auch die Intactheit des Epithels eine wichtige Rolle in der Abwehr: Erkältungen, Allgemeinerkrankungen, bei Neugeborenen die physiologischen Involutionsprocesse des Schleimhautpolsters in der Paukenhöhle werden die Bewegungen des Flimmerepithels schädigen können.

Ist schon unter normalen Verhältnissen die Tuba Eustachii nicht im Stande, den Bacterien den Eintritt in die Paukenhöhle zu verwehren,

Digitized by Google

so wird dies um so weniger der Fall sein, wenn eine vis a tergo die am Ostium tubae liegenden Keime in die Paukenhöhle treibt. Da giebt Zaufal zu bedenken, dass unter ungünstigen Verhältnissen der Valsava, der Catheterismus, das Politzer'sche Verfahren, Nasenausspülungen, die Tamponade nach Bellocq leicht Keime in das Mittelohr bringen und Entzündungen bösartigsten Grades hervorrufen können.

All' diese Erkenntnisse haben bisher noch wenig Einfluss auf die Therapie nehmen können; sie haben nur das Rationelle unserer bisherigen Massnahmen bei den Mittelohreiterungen in's richtige Licht gesetzt; aber auf die Hygiene, die allgemeine sowohl, wie besonders die Mund-, Nasen- und Rachenhygiene werden sie befruchtend wirken. Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Vollständiger Verschluss beider Nasenöffnungen durch äussere sichtbare Membranen, Operation, Heilung. (Occlusion complète des deux nariens par des membranes à l'orifice externe. Opération. Guérison.) Von Dr. M. F. Mayer. (New-York Eye and Ear Infirmary Reports und Revue de laryngologie No. 1, 1894.)

Ein 22jähriges Mädchen hat specifische Ulceration und Zerstörung des Gaumens mit Stenose der vorderen Nase. Specifische Allgemein- und locale Behandlung. Heilung der Geschwüre, Zerstörung der Membranen mittelst des electrischen Trepan's, Heilung. Dr. P. K.

Klinische Studie über tertiäre Syphilis des Nasenrachenraumes und über den Nasentripper. (Sur la syphilis tertiaire nasopharyngo-palatine et sur les lésions blénnorrhagiques du nez.) Von Dr. V. Cozzolino. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, August 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Nasentripper ist sehr selten und deshalb noch wenig studirt. Man unterscheidet den metastatischen Typus, welcher nach einer starken Injection in die Urethra entsteht; statt „metastatisch" muss man heute „Infection in der Entfernung" sagen; ferner den directen Typus durch directe Infection; als Beispiel wird eine 60jährige Frau, welche die Nase in das Suspensorium ihres an Tripper leidenden Sohnes putzte, sowie ein Mann, welcher die grossen Schamlippen einer inficirten Dirne in seine Naslöcher einführte, ferner ein Kind, welches bei Behandlung seiner Ozaena sich der Spritze eines Tripperkranken bediente, angeführt. Der Mundtripper rührt von unnatürlichem Coitus her; die Fälle sind auch selten. Die purulente Rhinitis kann, wie schon Ziem anführt, durch directe Infection beim Durchgang durch die Scheide der Mutter entstehen; man soll also in verdächtigen Fällen die ersten Tage nach der Geburt Jodoform in die Nase einblasen; diese Rhinitis entsteht gleich nach der Geburt, geht durch den Canalis lacrymalis auf die Conjunctiva über, während die hereditäre syphilitische Rhinitis erst einige Wochen nach der Geburt entsteht. Schwellen des Gesichtes, der Nase, der Oberlippe, Schmerz, Ausfluss sind die hervorragenden Symptome; die chronische Form kann leicht mit der Störck'schen Blennorrhagie oder

Digitized by Google

mit Rotz verwechselt werden. Der Mundtripper hat alle Symptome der Stomatitis ulcerosa membranosa. Waschungen mit Sublimat (0,10 : 1000), Zincum sulfophenosum, Borsäure, Aristol, Dermatol. Dr. P. K.

Analyse eines complicirten Geruches. (Sur l'analyse d'une odeur complexe.) Von Dr. J. Passy. (Académie des sciences, October 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verschiedene Gerüche können in einem und demselben Körper bestehen und unser Geruchsinn empfindet die Resultate ihrer Combination. Wenn man diese verschiedenen Gerüche trennt, so bringt man den Beweis obiger Behauptung; man stützt sich dabei auf das Minimum eines jeden einzelnen Geruches, welches noch empfunden wird. Dr. P. K.

Adenoide Tumoren und Anfälle von Laryngismus stridulus. (Les tumeurs adénoides et les accès de stridulisme.) Von Dr. Duplaix. (Gazette des hôpitaux, October 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Nicht alle mit adenoiden Vegetationen behafteten Kinder bekommen Anfälle von Spasmus glottidis, aber in allen Fällen von Spasmus glottidis findet man adenoide Vegetationen. Von der hypertrophischen Gaumenmandel stammen reichliche Schleimmassen her, welche bei Tage verschluckt werden, bei Nacht aber sich ansammeln und in den Larynx gelangen, um als Fremdkörper zu wirken, selbst wenn kein Catarrh besteht; kommt letzterer aber hinzu, so tritt der Pseudocroup mit allen seinen unangenehmen Symptomen auf. Dr. P. K.

Hirnabscess in Folge einer Entzündung des linken Sinus frontalis. (Abscès du cerveau, suite d'inflammation du sinus frontal gauche.) Von Dr. Schindler. (Archives de médecine et de pharmacie militaire und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Ein 21jähriger Soldat hatte Schnupfen mit folgendem Fieber und Kopfschmerz. Oedem der Nasenwurzel und des linken oberen Augenlides. Trepanation des Sinus frontalis mit Eiterentleerung. Tod im Coma mit Aphasie und Lähmung des rechten Armes; die Section ergab einen Abscess an der zweiten und dritten linken Stirnwindung.

Dr. P. K.

Behandlung der Ozaena mittelst concentrirter Höllenstein- und Chlorzinklösungen. (Traitement de l'ozène par les pulvérisations concentrées de nitrate d'argent et de chlorure de zinc.) Von Dr. Moure. (Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences 1892, Bulletin médical, October 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. befindet sich gut bei Anwendung von 10—25procentiger Höllenstein- und 2—10procentiger Chlorzinklösung. Treten dabei Nasenbluten oder zu heftige Reaction ein, so muss man aufhören.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Die bösartigen Tumoren des Nasenrachenraumes. (Les tumeurs malignes de la voûte nasopharyngée.) Von Dr. G. Ferreri. (Archivio italiano di otologia, Januar 1893, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die Electrolyse ist als palliatives Mittel allen blutigen Operationen vorzuziehen. Dr. P. K.

Hysterie und die hysterogenen Zonen der Nasenmucosa. (L'hystérie et les zones hystérogènes de la muqueuse nasale.) Von Dr. J. Roquez Casadeus. (Revista de laringologia, Mai 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln bei einem an Krämpfen leidenden 16jährigen Mädchen. Die Berührung dieser Theile, namentlich der linken Muschel mit der Sonde, bewirkt Lethargie, welcher bald Convulsionen folgen, bei Cocainisirung der Nase hören diese allgemeinen clonischen Krämpfe gleich auf. Cocainisirt man zuerst, so kann man ungestraft die Muscheln mit der Sonde berühren. Heilung durch Cauterisation der betreffenden Nasentheile. Ob die locale Behandlung direct als solche oder erst durch Einfluss auf die Nervencentren Heilung bewirkt (Lichtwitz), lässt Verf. dahingestellt. Dr. P. K

Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Nasenschleimhaut. (Recherches sur le pouvoir d'absorption de la muqueuse nasale.) Von Dr. Marco Treves. (Giornale della R. Academia di Med. di Torino, Juli 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die Medicamente wurden in bestimmter Dosis auf einem hydrophilen Baumwollentampon auf die Nasenschleimhaut gebracht und dann im Urin nachgewiesen; nach langen Experimenten fand Verf. das santoninsaure Natron als das Geeignetste. Aus vergleichenden, mit der Absorptionsfähigkeit des Magens für dasselbe Medicament angestellten Versuchen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Die Unterschiede in der Ausscheidung durch den Urin des santoninsauren Natron sind weniger auffallend, wenn das santoninsaure Natron durch den Magen, als wenn es durch die Nasenschleimhaut resorbirt wird. 2) Man kann keinen directen Zusammenhang zwischen der Resorptionsfähigkeit der Nasenmucosa und der des Magens feststellen; Alles hängt von der Untersuchungsperson ab, die Regel kann sogar umgewandt werden. 3) Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Resorption durch den Magen doppelt so schnell vor sich geht als die durch Nasenmucosa, dass in Bezug auf die Maximaldosis der Magen doppelt so viel Santonin in den Urin befördert als die Nasenmucosa, dass die Ausscheidung durch den Urin bei Magenresorption viel länger dauert als bei Nasenabsorption. Aus diesen Verhältnissen darf man nicht schliessen, dass die Magenresorption doppelt so gross wie die der Nase ist; die wässerige Lösung des santoninsauren Natron in den Magen gebracht kommt überall in Berührung mit der grossen Fläche der Magenschleimhaut, während in der Nase ein Theil der Flüssigkeit im Tampon sitzen bleibt und nur ein geringer Theil in Berührung mit der kleinen Fläche der Nasenmucosa kommt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die Einpflanzungsstelle der Nasenrachenpolypen. (Sur le lieu d'implantation des polypes nasopharyngiens.) Von Dr. Camillo Poli. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, November 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Wichtig für den Operateur, namentlich wegen der Recidive. Am oftesten am Basilarfortsatz entspringend, können sie ausnahmsweise an anderen Stellen, selbst an den Nasenmuscheln, entspringen. Man muss also vor der Operation genau den Stil untersuchen. Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Gesichtserythem in Folge von Cocain. (Erythème facial dû à la cocaine.) Von Dr. Castex. (Société française d'otologie et laryngologie, Séance du mois de Mai 1893.)

Bei einer mit Rhinitis hypertrophica behafteten Dame wurde die untere Nasenmuschel behufs Brennen mit dem Galvanocauter mit einer 20procentigen Cocainlösung tamponirt. Nach drei Stunden kommt Niessen mit Nasenausfluss, dann Klopfen in der rechten Nasenhöhle, in der Wange und Schläfe, dann ausgeprägtes Erythem, welches nach zwei Tagen heilte; es wurde nun eine fibrinöse Membran aus der rechten Nasenhälfte entfernt. Patient hatte schon dasselbe Ereigniss in Folge einer Einblasung von Cocain erlebt. Dr. P. K.

Ueber primäres Mandelsyphilom. (Du syphilome initial de l'amygdale.) Von Dr. P. Colombini. (La Revista medica, März 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Zwei Fälle von Mandelschanker, die 110. und 111. in der Literatur bekannten. Dr. P. K.

Krebs der Schilddrüse, sich in einem schon bestehenden Kropfe entwickelnd. (Cancer du corps thyroide secondaire à un goître.) Von Dr. Chaborg. (Société française d'otologie et de laryngol., Séance du mois de Mai 1893.)

Eine 48jährige Frau hat seit 16 Jahren einen taubeneigrossen Kropf vorn am Halse. Seit einem Jahre wächst der Tumor rasch bis zu Kindskopfgrösse und nimmt auch die Drüsen, welche die Carotis umgeben, ein. Tod. Die Section ergab plattgedrückte Trachea mit unverändertem anatomischen Bau, Carcinom der Schilddrüse und der Lymphdrüsen, Krebs der Leber und beider Pleurae. Dr. P. K.

Beitrag zur Behandlung der Retropharyngealabscesse. (Contribution au traitement des abcès rétropharyngiens.) Von Dr. Ercole Sacchi. (Gazzeta degli ospitali, Juni 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die classische Methode besteht in der Eröffnung der Abscesse durch den Mund; aber schon Roser, Chayne, Kramer und Burckhardt erkannten das Ungenügende dieser Methode und operirten von aussen am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus. Gestützt auf 2 geheilte Fälle und auf seine Experimente an der Leiche räth Verf., am hinteren

Digitized by Google

Rande des Sternocleidomastoideus, 3—4 Centimeter unter dem Processus mastoideus, einen 5—6 Centimeter langen Einschnitt zu machen. Verf. beschreibt dann seine Schnittmethode in der Tiefe. Seine Methode sei gefahrlos, sie erlaube einen grösseren Schnitt und leichtere Entleerung der käsigen Massen, sowie auch Einführen eines Drainrohres.

Dr. P. K.

Krebs der Glandula thyroidea nach Kropf. (Cancer du corps thyroide secondaire à un goître.) Von Dr. Chabory. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 13, 1893.)

Der Titel giebt die Krankengeschichte. Dr. P. K.

Ueber das Wiederaufleben der Thymusdrüse. (Sur la réviviscence du thymus.) Von Dr. Fernet. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 17 Février 1893 und Revue internationale de rhinol., d'otol. et de laryngol. No. 9, 1893.)

Dieses Wiederaufleben der Thymusdrüse ist bemerkbar bei Veränderungen des Corpus thyroideum oder irgend einer anderen Blutdrüse. 1) Bei Myxoedem ist die Thymus immer sehr entwickelt (Bourneville); bei solchen jugendlichen Kranken kann man annehmen, dass es sich blos um den Fortbestand der Thymus handelt; aber man findet dieses Wiederaufleben auch nach der Pubertät und bei älteren Leuten. 2) Acromegalie zeigt fast immer eine gut entwickelte Thymusdrüse, und weil dieses Leiden blos bei Erwachsenen vorkommt, muss man eine wirkliche Reviviscenz annehmen. 3) Bei der Basedow'schen Krankheit hat Verf. ein Mal, Dr. Möbius fünf Mal dieses Wiederaufleben gefunden; diese Zahlen lassen einen reinen Zufall nicht denken. Diese Reviviscenz der Glandula thymus würde also bei der Basedow'schen Krankheit beweisen, dass das Corpus thyroideum durch seine Veränderung erstere Wiederbelebung bewirkt; die Basedow'sche Krankheit wäre also prognostisch gar nicht so schlimm, wie allgemein angenommen wird.

Dr. P. K.

Ueber Lähmung der Glottiserweiterer bei multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose. Von Prof. Dr. Riegel. (Oberhessische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Sitzung vom 26. Juli 1892.)

Bei einem mit multipler Gehirn- und Rückenmarkssclerose behafteten Patienten befand sich keine Stimmstörung und dennoch war das rechte Stimmband in Cadaverstellung und das linke in der Phonationsstellung; keine Dyspnoe und bei der Phonation erfolgte der Glottisverschluss normal. Ueber die Cadaverstelluug des rechten Stimmbandes besteht kein Zweifel; über die Medianstellung des linken lässt sich behaupten, dass Anfangs eine Lähmung des betreffenden Cricoarytenoideus posticus bestand und dass später eine Contractur der Antagonisten eingetreten ist. Die von Krause in solchen Fällen angenommene Contractur kann hier nicht zutreffen, schon wegen der Lähmung des rechten Stimmbandes und noch mehr wegen der erst bei der Phonation eintretenden Contraction des linken Stimmbandes; eine von Krause angenommene Reflexcontractur ist auch hier noch weniger anzunehmen. Diese Lähmungserscheinungen bei Sclerose sind seltener, als bei Tabes dorsalis. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Asystolie bei Compression des Vagus. (De l'asystolie dans la compression du nerf pneumogastrique.) Von Dr. Merklen. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 28 Juillet 1893, und Semaine médicale No. 46.)

Bei krankem Herzen bringt die Compression des Vagus durch Tumoren eine Asystolie, während selbe bei intactem Herzen eine Tachycardie hervorbringt. Dr. P. K.

Fibrom des Kehlkopfes. (Fibrome du larynx.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1893.)

Nach den Papillomen sind die Fibrome die häufigsten Larynxtumoren; man veröffentlicht also blos Fälle von Larynxfibrom, wenn selbe besondere Eigenthümlichkeiten zeigen. Hier war es die aussergewöhnliche Grösse des Neoplasma, welches dennoch weder Tonstörungen noch Erstickungsanfälle hervorrief. Ein 68jähriger Mann, gar nicht belastet, klagt über Athem- und Schlingbeschwerden, welche seit 6 Monaten zugenommen haben. Beigegebene Zeichnungen zeigen die natürliche Grösse des Fibroms vor und nach der Operation; man sieht, um wieviel das Volumen die äussersten von Bruns, Türck und Makenzie angegebenen Grenzen übersteigt. Viel kleinere Fibrome müssen frühzeitig wegen der unausbleiblichen Erstickungsanfälle operirt werden, eben weil selbe meistens an den wahren Stimmbändern aufsitzen und so die Glottis leicht verlegen; dieser grosse Polyp aber entstammte dem linken Morgagni'schen Ventrikel ausnahmsweise; er konnte sich daher mehr entwickeln, ohne Respirationsbeschwerden hervorzurufen, er wurde in Folge seines Gewichtes bald gestielt und verbarg seinen Stiel unter seiner unteren Fläche, welches Verhältniss die Diagnose und die Operation erschwerte; der Ton der Stimme blieb also auch normal, weil die Stimmbänder in ihren Functionen nicht gestört waren; nur bekam die Stimme die Klangfarbe, welche bei Pharynxtumoren oder hypertrophischen Mandeln die gewöhnliche ist. Die prophylactische Tracheotomie wurde verweigert und so waren die öfter zu wiederholenden Operationsversuche jedes Mal mit Lebensgefahr verbunden; erst nach drei Wochen lang fortgesetzten Extractionsversuchen und nach festgestellter Lage des Stieles gelang die Totalexstirpation mittels einer der Scheinmann'schen Zangen (Berliner klinische Wochenschrift 1892, bei Windler), welche bei solchen Operationen als die zweckmässigsten erscheinen. Der Tumor wog 7,38 Gr. Die Folgen der Operation waren die gewöhnlichen. Es bleibt eine unvollständige Ankylose des linken Cricoarytenoidalgelenkes mit Parese des linken Stimmbandes zurück; jedoch ist die Stimme wegen Vicariiren des rechten Stimmbandes normal. Dr. P. K.

Medicinische Behandlung der Larynxtuberculose. (Le traitement médical de la tuberculose laryngée.) Von Dr. Garel. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 12, 1893.)

Es besteht ein grosser Unterschied zwischen einem aphonen Larynxphthisiker und einem dysphagischen Larynxphthisiker, letzterer ist dem nahen Tode durch Inanition geweiht. Jeder Erfolg der localen Behandlung hängt von dem betreffenden Individuum ab, so dass man keine Methode der localen Behandlung absolut annehmen oder verwerfen kann;

Digitized by Google

Alles hängt von dem Zustande der Lungen ab; ist der Patient noch resistent, so heilt der Larynx unter der mannigfachsten Behandlung, ja oft von selbst; bei geeigneter Allgemeinbehandlung heilt oft der Larynx ohne Localbehandlung. Verf. geht die Reihe der Inhalationen, der Pulverisationen, der submucösen Injectionen durch, um mit der Electrolyse und der Galvanocaustik zu enden. Alle medicamentösen Behandlungsweisen der Larynxphthise sind also cum grano salis aufzunehmen.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Laryngectomie wegen Adenocarcinoma des Larynx. (Deux cas de laryngectomie pour adénocarcinome du larynx.) Von Dr. Solis Cohen. (New-York med. Journal, Novembre 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1893.)

Ein 54jähriger Mann wurde operirt wegen linksseitigem Larynxadenocarcinom; partielle Laryngectomie; Anästhesie mittelst Aether. Tod nach 48 Stunden durch Aspirationspneumonie. Der zweite Fall betrifft ein Adenocarcinom, welches sich auf der Basis eines vor 16 Jahren entfernten Papilloms entwickelt hat; Laryngectomie mit Erhaltung der Epiglottis. Ernährung durch Clystiere. Heilung. Nach 5 Monaten noch kein Recidiv.

Dr. P. K.

Mumps mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptysis. (Oreillons avec orchite, prostatite et hémoptisie.) Von Dr. Comby. (Société méd. des hôpitaux de Paris, Séance du 19 Mai 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Ein 29jähriger Mann bekam starkes Fieber mit Orchitis und Prostatitis, Schwellung der Parotiden erst nach 2 Tagen; Prostration und starke Haemoptysis; Patient hatte gesunde Lungen. Heilung. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Orchitis ist der Parotisschwellung zwei Tage vorausgegangen; 2) die Prostata war ausnahmsweise mit angegriffen; 3) es bestand Lungencongestion mit Blutung, währenddem keine Lungenaffection früher bestand.

Dr. P. K.

Ueber Tropacocain. Von Dr. Otto Seifert, Privatdocent an der Würzburger Universität. (Separat-Abdruck aus der „Intern. klin. Rundschau" No. 7, 1893.)

Bei den Versuchen an gesunden Individuen mit 5proctiger Lösung brachte dreimalige Application auf die Nasenschleimhaut Anästhesie hervor, aber keine Ischämie, auch nur eine ganz geringe Volumsabnahme, hingegen ebenso wie bei Bepinselung des Rachens vorübergehendes Brennen und Hyperämie. Die Reizerscheinungen bei Anwendung im Kehlkopfe bestanden in so heftigen Hustenkrämpfen, dass von weiteren Versuchen im Kehlkopf abgestanden wurde. 10procentige Lösung bewährte sich nicht besser.

Bei den Operationen unter Tropacocain-Anästhesie ergab sich, dass Tropacocain ein fast ganz ungefährliches Anästheticum sei, dass aber die bei Cocain. muriatic. übliche Concentration durchaus nicht zur Erzielung einer Anästhesie für schmerzhafte Eingriffe hinreiche, ferner, dass in Folge geringer anämisirender Wirkung des neuen Mittels die erwünschte volumvermindernde Wirkung ausfiel und die Blutung während der Operation sehr reichlich und störend war.

Digitized by Google

Das Tropacocain ist darum trotz seiner relativen Ungiftigkeit durchaus nicht mit dem nur wegen der leicht vermeidbaren Nachblutungen unangenehmen Cocainum muriaticum zu vergleichen.

Hitschmann.

III. Kritik.

Handbuch der Ohrenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Schwartze, Königl. preuss. Geh. Medicinalrath und Director der Königl. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. II. Band. Mit 177 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1893. (Fortsetzung.)

Das sechste Capitel bringt eine Abhandlung aus der Feder Prof. Gradenigo's über Krankheiten des Labyrinths und des Nervus acusticus. Zehn Druckseiten (Kleindruck) nimmt das vom Verfasser angeführte Literaturverzeichniss zu dieser Arbeit ein, welche 207 Druckseiten, also nahezu den vierten Theil des ganzen Bandes, welcher die specielle Pathologie und Therapie der Ohrenkrankheiten behandelt, umfasst. Wir schätzen den Verfasser als einen sehr fleissigen, tüchtigen Arbeiter, gestehen aber offen, dass wir bei Wahrnehmung dieses grossen Umfanges seiner Abhandlung den Verdacht nicht unterdrücken konnten, dass hier des Guten zu viel gethan sei. Und in der That bekommen wir hier neuerlich viel über allgemeine Erscheinungen oder deren Erklärung, über functionelle Prüfung, über Messung der Hörschärfe, über qualitative Prüfung der Hörschärfe, über den Weber'schen Versuch, den Rinne'schen Versuch, über Knochen- und Luftleitung und derartige in den allgemeinen Theil gehörige Thesen zu lesen, so dass man sich schon etwas ermüdet fühlt, wenn man endlich, nachdem man 55 grosse Druckseiten durchgearbeitet hat, bei „A. Krankheiten des Labyrinths" anlangt. Wie viel würde diese fleissige Arbeit gewonnen haben, wenn Verfasser sich bei den betreffenden Fragen einfach auf den schon erschienenen allgemeinen Theil berufen hätte, und selbst nur das Wissenswerthe über die Krankheiten des Labyrinths gebracht hätte. Wenn Verfasser S. 417 sagt: „Wir können für die Krankheiten des inneren Ohres und des Nervus acusticus die folgende, auf die ätiologischen und klinischen Charactere gegründete Classification aufstellen, da die pathologisch-anatomischen und symptomatischen Kennzeichen dem grössten Theile der Krankheiten dieser Gruppen gemeinschaftlich sind", so wissen wir eigentlich gar nicht, worauf seine Eintheilung beruht. Der klinische Character einer Krankheitsindividualität kann doch nur durch die pathologisch-anatomischen und symptomatischen Kennzeichen characterisirt sein, und wenn diese Allen gemeinsam sind, was soll uns denn am Krankenbette als diagnostischer Anhaltspunkt dienen, um die einzelnen Formen zu unterscheiden? Es ist ja richtig, dass wenigstens der grösste Theil der vom Verfasser angegebenen Veränderungen des Labyrinthes thatsächlich an der Leiche gefunden wurden; allein es ist auch richtig, dass dieselben Veränderungen auf die verschiedensten ätiologischen Ursachen erfolgen können, und demnach können wir wohl ein ätiologisches Moment als ein zu einer bestimmten Labyrinthaffection

Digitized by Google

disponirendes anführen, keineswegs aber immer darauf wieder eine eigene Krankheitsform aufbauen. Thun wir das, so verfallen wir in den Fehler des Verfassers, wir wiederholen bei jeder einzelnen Krankheitsform dieselben Erscheinungen und denselben Verlauf und dann wächst die Arbeit so heran, wie dies in diesem Falle geschah.

Wenn wir diesen Mangel hier hervorheben, geschieht das keineswegs auf Kosten des Inhaltes, sondern auf Kosten der Form. Der Inhalt der überaus fleissigen Abhandlung ist sehr lehrreich; aber es würde das Ganze viel mehr ansprechen und dem Werke zum Vortheil gereichen, wenn der Verfasser der bis jetzt in allen neueren Lehrbüchern eingehaltenen Methode gefolgt wäre, ohne eine so erkünstelte Eintheilung der Labyrinthaffectionen beizubringen. Es wären uns dann gewiss auch Diagnosen, wie „Otitis interna durch Berufslärm, professionelle Otitis", mit welchen sich vor der Hand wohl wenig gebildete Otologen befreunden werden, erspart geblieben. Immerhin, wir wiederholen dies, ist auch die Arbeit Gradenigo's sehr inhaltsreich und wird gewiss von den späteren Autoren gewürdigt und verwerthet werden.

Prof. Kiesselbach bringt im 7. Kapitel die Lehre von den Fremdkörpern im Ohre. Es ist in dieser 13 Druckseiten umfassenden Abhandlung in gedrängter Kürze, aber in höchst ansprechender und lehrreicher Weise Alles mitgetheilt, was über Fremdkörper nicht blos im äusseren Gehörgange, von denen übrigens in den früheren Capiteln auch die Rede war, sondern im Gehörorgane überhaupt bekannt und für den Praktiker wissenswerth erscheint. Wer in der Literatur über den Gegenstand etwas nachsehen will, findet in dem angegebenen Verzeichnisse die betreffenden Werke angeführt.

Die Neubildungen des Ohres sind im 8. Kapitel von Prof. Kuhn bearbeitet. Verf. bespricht dieselben in mehreren Abschnitten, je nach ihrem Auftreten im schallleitenden oder im schallempfindenden Theile des Hörorgans. Am Schallleitungsapparat scheidet er die Neubildungen in solche, welche am ectodermalen Theile (Ohrmuschel, äusseren Gehörgang und Trommelfell) und in solche, welche am entodermalen Theile (Paukenhöhle, Warzenfortsatz und Tuba Eust.) in Beobachtung kommen. Den Schluss bilden die Neubildungen am schallempfindenden Theile, also am inneren Ohre.

Als am ectodermalen Theile vorkommend werden angeführt: A. Bindesubstanzgeschwülste, zu denen Verf. die Cystenbildungen (Atherome), die Fibrome, das Angiom, das Chondrom, das Osteom und das Cholesteatom zählt und B. Epithelialgeschwülste, als welche angeführt werden: das Sarcom, das Epitheliom.

Als Bindesubstanzgeschwülste am entodermalen Theile des schallleitenden Apparates beschreibt Verf. die Ohrpolypen. Eine Trennung in polypöse Granulationen und eigentliche Polypen findet Verf. ohne jeden practischen Nutzen, denn „ihr anatomischer Bau ist nahezu identisch, nur bei kleinen Granulationen fehlt der Epithelüberzug". Nachdem die verschiedenen äusseren Merkmale der Polypen besprochen wurden, schildert Verf. den microscopischen Bau, wobei er zwei Arten von Ohrpolypen unterscheidet: die Granulationstumoren und die Fibrome, welche durch die bekannten histologischen Merkmale charakterisirt sind. Von den Fibromen kommen weiche und harte vor, die letzteren seltener.

Digitized by Google

Von anderen Autoren angeführte Ohrpolypen, wie Myxofibrome, Angiome lässt Verf. nicht als selbstständige Form gelten. Meisterhaft ist die Schilderung des microscopischen Befundes bei den verschiedenen Polypen durchgeführt, sowie auch die Aetiologie, die Diagnose, Prognose und Therapie den Gegenstand in erschöpfender Weise behandelt. Wenn Verf. heute noch der Wilde'schen Schlinge gegenüber allen neueren Modificationen dieses Instrumentes den Vorzug einräumt, wollen wir dies der Macht der Gewohnheit zuschreiben. Wir haben dieses Instrument ebenfalls für unübertrefflich gehalten, bis wir bessere kennen lernten.

Als Epithelialgeschwülste des entodermalen Theiles führt Verf. an das Cholesteatom, welches er „gewissermassen als Uebergang der gutartigen Neubildungen des Mittelohres zu den bösartigen" auffasst, dann das Sarcom und das Epitheliom. Bekanntlich ist gerade über das Cholesteatom in letzterer Zeit eine ganze Literatur entstanden, es kann der Leser hier alles finden, was in der Frage von Interesse ist.

Die Neubildungen am schallempfindenden Theile des Ohrapparates kommen fast ausschliesslich secundär vor. Das Wissenswerthe wird auch hier mitgetheilt, und es darf die ganze Abhandlung als eine sehr gelungene und den Gegenstand erschöpfende hingestellt werden.

Das neunte Capitel behandelt in vorzüglichster Weise „die letalen Folgeerkrankungen bei Ohraffectionen" aus der Feder des Privatdocenten Dr. H. Hessler in Halle a. S. Wer die otiatrische Literatur der letzten Jahre verfolgte, weiss, dass dieser Autor das operative Gebiet beherrscht und andererseits als mehrjähriger Assistent an der Klinik Schwartze's die nöthige Erfahrung sammeln konnte. Die ganze Abhandlung zeigt uns auch den gediegenen Beobachter, und obwohl der ganze Abschnitt nur wenige Seiten einnimmt, erschöpft er doch so ziemlich Alles, was hier von Interesse sein kann und wird hierdurch fast in jeder Zeile lehrreich. Unter der Ueberschrift „Allgemeines" giebt Verfasser eine Einleitung zu seiner Abhandlung. „Statistische Zusammenstellungen über den tödtlichen Ausgang der Ohrenkrankheiten," sagt Verfasser, „gestatten zwar die klinischen Symptome, den Verlauf und die Differential-Diagnose der verschiedenen Krankheitsarten genauer festzustellen, geben aber kein zuverlässiges Resultat über die Häufigkeit der letzteren". Am werthvollsten bleibt immer die Ausbeute des statistischen Materials für die pathologische Anatomie und das klinische Krankheitsbild. Sein eigenes Material und die von Robin gelieferte Statistik zur Grundlage nehmend, liefert Verf. in 6 Tabellen die gewonnenen Resultate. Die erste dieser Tabelllen bringt die Zusammenstellung der Anzahl der tödtlichen Ohrenerkrankungen im Allgemeinen: Meningitis, Phlebitis, Abscessus cerebri; Tabelle II: eine Zusammenstellung über das Alter der Patienten; Tabelle III: über das Geschlecht derselben; Tabelle IV: über die Seite der Ohraffectionen und Tabelle V: über den acuten und chronischen Verlauf der letzteren. In einer Tabelle VI wird eine statistische Uebersicht der verschiedenen Combinationen der consecutiven Erkrankungen geliefert.

Es folgt nun die Besprechung der einzelnen letalen Folgezustände und zwar zunächst der Sinusthrombose und der Sinusphlebitis, dann der tödtlichen Blutung aus der Carotis, dem Sinus transversus und der Vena jugularis interna. Dann wird die otitische Me-

Digitized by Google

ningitis und zum Schluss der otitische Hirnabscess abgehandelt. Die Symptome der einzelnen Folgezustände sind meisterhaft geschildert und der hier so ausserordentlich schwierigen Differential-Diagnose überall in lehrreicher Weise gedacht. Die Therapie, die ja gerade auf diesem Gebiete in letzterer Zeit schöne Fortschritte aufzuweisen hat, wird in ihren Grundzügen beleuchtet und es kennzeichnet am besten den Standpnnkt des Verfassers, wenn er seine ganze Abhandlung mit den Worten schliesst: „In der Zukunft wird die Operation der Hirnabscesseröffnung zu ungeahnten Erfolgen führen"; ein Ausspruch, dem wir vollkommen beistimmen.

Herr Dr. Holger Mygind aus Kopenhagen lieferte im zehnten Capitel die Lehre von der Taubstummheit. Verf. nimmt eine eigentliche Taubstummheit an, wo die specifische Function des Hörnerven vollständig aufgehoben und kein Sprachvermögen anwesend ist, und eine uneigentliche Taubstummheit, wo sich noch Reste des Gehörs finden und etwas Sprachvermögen vorhanden ist. Folgt nun eine Geschichte der Litteratur über diesen Gegenstand mit einer Tabelle über die Verbreitung der Taubstummheit in den verschiedenen Ländern, woraus sich ergiebt, dass die Verbreitung der Taubstummheit in Europa am stärksten ist in den nord- und mitteleuropäischen Ländern, deren gesammter Taubstummenquotient über doppelt so gross ist, als in den west- und südeuropäischen. Die Ursache sucht Verf. in terrestrischen Momenten, sowie in socialen und hygienischen Verhältnissen, die sich in Berggegenden finden, und endlich müssten auch epidemische Verhältnisse dabei eine Rolle spielen. Die erwähnte Tabelle zeigt zugleich, dass durchschnittlich auf 100 männliche nur 82,71 weibliche Taubstumme kommen, was um so auffallender ist, als in der Gesammtbevölkerung fast überall mehr weibliche als männliche Individuen angetroffen werden.

Es werden weiters die verschiedenen ätiologischen Momente, wie ungünstige sociale und hygienische Verhältnisse, Erblichkeitsverhältnisse, Einfluss der verschiedenen Erkrankungen der Verwandten, der Blutsverwandtschaft der Eltern, des Alters und des Altersunterschiedes der Eltern, der Platz, welchen ein Individuum in der Reihe der gezeugten Kinder einnimmt, sowie der Krankheiten der Eltern gewürdigt. Die Bedeutung einer Einwirkung auf die Mutter während der Schwangerschaft dürfte kaum mit Sicherheit nachzuweisen sein, dagegen kann die Einwirkung auf das Kind während des Geburtsactes wohl von grossem Belang werden. Verfasser bespricht sodann die verschiedenen Krankheiten, aus welchen Taubstummheit resultiren kann, ferner die pathologische Anatomie der Taubstummheit, die wir wohl etwas ausführlicher gewünscht hätten, um mit der Symptomatologie, der Diagnose, Prognose und Behandlung der Taubstummen seine sehr lesenswerthe Arbeit zu schliessen.

Aus der Feder Prof. Berthold's stammt das eilfte Capitel über „Prothese und Correctionsapparate". Die Arbeit umfasst einen historischen Ueberblick über die Erfindung der Hörrohre, erwähnt die physikalisch-physiologischen Gesetze, welche bei ihrer Construction zu berücksichtigen sind und bringt dann eine Schilderung der Prothesen und Correctionsapparate nach Classen geordnet in chronologischer Reihenfolge ihres Entstehens. Als für die aëro-tympanale Leitung bestimmte Apparate führt B. an: a) die Schallfänger oder Hörschalen, welche

Digitized by Google

den Zweck haben, die Oberfläche des äusseren Ohres zu vergrössern; b) die Höhrrohre; c) die Tubuli soniferi, unter welcher Benennung die kleinen Röhrchen aufgeführt sind, die zur Erweiterung des Gehörganges dienen; d) die künstlichen Ohren (aures artificiales), um die Entstellung bei Mangel der Ohrmuschel zu maskiren.

Als Instrumente, die für die osteo-tympanale Leitung bestimmt sind, nennt Verfasser das Audiphon, das Dentaphon und den stabförmigen Schallleiter (Fonifero) von Paladino. Allen diesen vorzuziehen ist das Dunker'sche Hörrohr:

Es folgt nun eine sehr kurze Besprechung des künstlichen Trommelfells, um darauf eine Schilderung der vom Verfasser zuerst empfohlenen Myringoplastik und der Hauttransplantation auf die granulirende Paukenschleimhaut folgen zu lassen. Zum organischen Verschluss der Trommelfelllücken empfiehlt er die Transplantation der Schalenhaut des Eies und wo der Substanzverlust des Trommelfells nicht ersetzt werden kann, dort sei zur Sistirung der Otorrhoe die Transplantation dünner Cutisstücke auf die Schleimhaut der Trommelhöhle von Nutzen.

H. Schwartze hat, wie er angiebt, unterstützt von seinen klinischen Assistenzärzten, den DDr. Panse und Grunert, im zwölften Kapitel die Operationslehre bearbeitet. Der Name des um die Ohrenheilkunde und ganz speziell um die Entwicklung der einschlägigen operativen Behandlung hochverdienten Verfassers war schon Bürge dafür, dass in diesem Kapitel Ausgezeichnetes geliefert wird. In der That halten wir diesen Theil für den Glanzpunkt des ganzen Werkes und der Stoff ist hier mit einer von reicher Erfahrung eingegebenen Ueberzeugung in höchst anregender und lehrreicher Weise behandelt. In würdiger Weise bringt Verfasser nicht blos seine eigenen Methoden, sondern auch die Anderer zur Sprache, wobei er nicht ansteht, auch der Meinung Anderer sich anzuschliessen, wenn er sie für besser erkennt, oder sie sachlich zu widerlegen, wenn sie mit der eigenen Erfahrung nicht im Einklang zu bringen ist.

Die Arbeit beginnt mit der Beschreibung der Desinfection und der gebräuchlichen Anaesthetica. Im Abschnitt Desinfection macht Verf. mit vollem Rechte auf die Unmöglichkeit einer exacten Desinficirung und einer genauen aseptischen Behandlung beim Gehörorgane aufmerksam. Hier kann wohl nur mehr die antiseptische als die aseptische Methode in Frage kommen, aber soweit thunlich muss auch der aseptischen Behandlung Rechnung getragen werden. Die eigentliche Operationslehre beginnt mit der Schilderung der Operation congenitaler Bildungsfehler der Ohrmuschel. Es wird die Abtragung der sogenannten Auricular-Anhänge („accessorische Gebilde im Gebiete des ersten Schlundbogens"), die Operation des Coloboma lobuli und der Macrotie sowie anderer Missbildungen und die operative Behandlung bei abnormer Stellung der Ohrmuschel beschrieben und schliesslich auf die Unmöglichkeit einer befriedigenden Otoplastik bei totalem Verluste der Ohrmuschel hingewiesen.

Bei der Operation der Geschwülste der Ohrmuschel werden einige sehr interessante, durch gelungene Zeichnungen illustrirte Krankengeschichten angeführt, welche diesen Abschnitt auch in pathologischer

Digitized by Google

Beziehung sehr instructiv gestalten. Was Verf. über die Indicationen und die Operationsmethoden bei der Atresia meatus aud. externi congenita angiebt, stimmt mit den Lehren, die Gruber schon in der ersten Auflage seines Lehrbuches (1870) angab, vollkommen überein und wir sind auch heute der Meinung, dass zu einer Operation in solchen Fällen nicht geschritten werden soll, bevor wir uns die Ueberzeugung verschafft haben, dass auf dem betreffenden Ohre Hörvermögen besteht; also keineswegs bevor das Kind in jenes Alter gekommen ist, wo es auf einen Hörimpuls auch wirklich reagirt. Ebenso wurde bereits s. Z. von Gruber darauf hingewiesen, dass die vorhandene meist rudimentäre Ohrmuschel gewöhnlich in solchen Fällen in ihrem Verhältniss zur Trommelhöhle, was ihre Lage betrifft, alienirt ist, dass man demnach von ihr aus nicht leicht einen Canal wird anlegen können, der in der normalen Richtung des äusseren Gehörganges läuft und zu dem etwa vorhandenen Trommelfelle führt, Desgleichen wurde von Gruber darauf aufmerksam gemacht, dass bei angeborener Atresie der Annulus tymp. in seiner weiteren Entwickelung eine unregelmässige Gestalt bekommt, dass auch bei der erworbenen Atresie im knorpeligen Theile in der Tiefe der knöcherne Theil durch Hyperplasie sich sehr unregelmässig gestalten kann und dass alle diese Umstände unser Heilverfahren zu modificiren geeignet sein werden. Was Verf. über die Operation selbst angiebt, stimmt in den Grundzügen mit den vom Ref. beobachteten Regeln überein.

Bei den Polypenoperationen führt Verf. die Indication mit den sehr zutreffenden Worten ein: „Jeder Ohrpolyp soll so früh als möglich entfernt werden.“ Dagegen können wir uns dem Ausspruche, dass wo spontan Abstossung infolge fettiger Degeneration des Polypenstieles oder unter dem Einfluss mechanisch wirkender Mittel zu Stande kommt, Recidive nicht ausbleiben, nicht anschliessen. Ref. hat das Entgegengesetzte so oft beobachtet, dass er jetzt in allen Fällen, wo eine spontane Abstossung erfolgt, mit der Anwendung energischer Verfahren zögert, bis der Polyp thatsächlich wieder zu wachsen beginnt, und es wurde schon sehr oft beobachtet, dass nach einem derartigen Abgange des Polypen nicht nur die Regeneration ausblieb, sondern auch die früher bestandene, mehr oder weniger reichliche Otorrhoe anfhörte und damit das ganze Ohrleiden zu Ende ging. Der ehemalige klinische Assistent Gruber's, Dr. Gomperz, der diesem Gegenstand grosse Aufmerksamkeit zuwendete, kam zu derselben Ansicht, die er auch in einer eigenen Arbeit in dieser Monatsschrift veröffentlichte.

Bei Besprechung der Nachblutung hätten wir gewünscht, dass Verf. auch der Blutung durch die Eust. Röhre erwähnt hätte. Gruber hatte Gelegenheit, an seiner Klinik einen solchen Fall zu beobachten. Nach Exstirpation eines Trommelhöhlenpolypen trat eine etwas reichlichere Blutung aus dem Gehörgange auf, die durch Tamponade gestillt wurde. Patient verliess mit einem entsprechenden Verband die Klinik, kehrte aber ungefähr 6 Stunden später etwas ermattet mit der Angabe zurück, dass er fort und fort aus dem Munde blute. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass das Blut durch die Tuba Eust. in den Rachen floss, theilweise verschluckt, theilweise ausgespuckt wurde. Erst nach Einspritzung von Alaunlösung durch die Tuba hörte die Blutung auf. — Seit der Zeit entlässt Gruber keinen Operirten vor mindestens

Digitized by Google

1/4 Stunde nach der Operation und nachdem er sich durch genaue Besichtigung des Rachens überzeugt hat, dass auch dort keine Blutung zu bemerken ist.

Was Verfasser über den Gebrauch des Lapisstiftes zur Aetzung der Ohrpolypen sagt, hat seine vollkommene Richtigkeit. Ref. hatte zu wiederholten Malen Gelegenheit, Stricturen und Atresien im knorpligen Theile des Gehörganges zu operiren, welche durch unvernünftiges Aetzen an dieser Stelle zu Stande kamen. G.

(Schluss folgt.)

Die Deutsche otologische Gesellschaft

wird ihre diesjährige Versammlung am 12. und 13. Mai in Bonn abhalten.

Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft, über welche der Ausschuss in seiner nächsten Sitzung zu beschliessen hat, sind an den mitunterzeichneten Secretär zu richten.

Der Erste Vorsitzende.
Prof. Dr. Kessel
Jena.

Der Secretär.
Prof. Dr. Bürkner
Göttingen.

INHALT.

I. Originalien: Winckler: Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden? — Kayser: Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. — 65. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893 (Schluss). — Thorner: Bericht über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington, 5.—8. Sept. 1893 (Schluss). — II. Referate: a) Otologische: Jansen: Influenza-Otitis. — Váli: Zwei Fälle von Ohrmuschelkrebs. — Zaufal: Ueber die Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen. — b) Rhinologische: Mayer: Vollständiger Verschluss beider Nasenöffnungen durch äussere sichtbare Membranen, Operation, Heilung. — Cozzolino: Klinische Studie über tertiäre Syphilis des Nasenrachenraumes und über den Nasentripper. — Passy: Analyse eines complicirten Geruches. — Duplaix: Adenoide Tumoren und Anfälle von Laryngismus stridulus. — Schindler: Hirnabscess in Folge einer Entzündung des linken Sinus frontalis. — Moure: Behandlung der Ozaena mittelst concentrirter Höllenstein- und Chlorzinklösungen. — Ferreri: Die bösartigen Tumoren des Nasenrachenraumes. — Roquez Casadeus: Hysterie und die hysterogenen Zonen der Nasenmucosa. — Treves: Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Nasenschleimhaut, — Poli: Ueber die Einpflanzungsstelle der Nasenrachenpolypen. — c) Pharyngo-laryngologische: Castex: Gesichtserythem in Folge von Cocain. — Colombini: Ueber primäres Mandelsyphilom. — Chaborg: Krebs der Schilddrüse, sich in einem schon bestehenden Kropfe entwickelnd — Sacchi: Beitrag zur Behandlung der Retropharyngealabscesse. — Chabory: Krebs der Glandula thyroidea nach Kropf. — Fernet: Ueber das Wiederaufleben der Thymusdrüse. — Riegel: Ueber Lähmung der Glottiserweiterer bei multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose. — Merklen: Ueber Asystolie bei Compression des Vagus. — Koch: Fibrom des Kehlkopfes. — Garel: Medicinische Behandlung der Larynxtuberculose. — Cohen: Zwei Fälle von Laryngectomie wegen Adenocarcinoma des Larynx. — Comby: Mumps mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptysis. — Seifert: Ueber Tropacocain. — III. Kritik: Schwartze: Handbuch der Ohrenheilkunde (Fortsetzung). — Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. **Berlin, März 1894.** **No. 3.**

I. Originalien.

Die diagnostische Verwerthbarkeit der Percussion des Warzenfortsatzes.

Von

Dr. **H. Eulenstein** in Frankfurt a. M.

Die Percussion wurde in der Ohrenheilkunde bis vor Kurzem lediglich zur Prüfung auf vorhandene Schmerzhaftigkeit in Anwendung gezogen. Zwar hat Hagen im Jahre 1874 (Monatsschrift f. O., No. 10) darauf hingewiesen, dass die Percussion des Schädeldaches zur Diagnose von Exsudaten in der Pauke zu verwerthen sei, indem bei derselben von dem Patienten, im Falle ein Exsudat vorhanden ist, ein „klirrendes Geräusch" gehört werde, jedoch scheint sich dieses diagnostische Hilfsmittel nicht eingebürgert zu haben, wohl mit Recht aus dem Grunde, weil wir andere und bessere Hilfsmittel zur Erkennung von Exsudaten in der Pauke besitzen, und weil wir bei diesem Verfahren völlig auf die Angaben des Patienten angewiesen sind. v. Tröltsch hat dann die Hoffnung ausgesprochen, dass die Percussion und Auscultation des Warzenfortsatzes uns neben anderen Erscheinungen Aufschluss über Erkrankungen dieses Knochens werde geben können; ob er selbst Versuche angestellt, ist mir unbekannt; jedenfalls wurde durch diese Vermuthung Michael angeregt, Versuche anzustellen, die resultatlos ver-

Digitized by Google

liefen, wohl aus dem von Körner und v. Wild angegebenen Grunde, dass er nämlich dabei von falschen physikalischen Voraussetzungen ausging. Erst beinahe 20 Jahre nach der Hagen'schen Veröffentlichung wurde der Percussion als diagnostisches Hilfsmittel in der Ohrenheilkunde wieder Erwähnung gethan und zwar diesmal, wie ich glaube, mit der Aussicht, sich einen dauernden Platz in der Diagnostik der Erkrankungen des Warzenfortsatzes, insbesondere der acuten Erkrankungen, zu behaupten. Das Verdienst, auf den Werth der Percussion bei den genannten Erkrankungen zuerst hingewiesen zu haben, gebührt Körner und v. Wild, welche in der Zeitschrift für O., Bd. XXIII, über 2 Fälle berichten, bei denen die Knochenpercussion die frühzeitige Erkennung ausgedehnter Knochenerkrankung und damit die frühzeitige Operation ermöglichte. Wie wichtig gerade eine möglichst frühzeitige Erkenntniss acuter Knochenerkrankungen des Proc. mast. ist, dafür lieferte mir die letzte Influenzaepidemie Ende vorigen Jahres wieder eine Reihe recht deutlicher Beweise; ich hatte während und nach derselben Gelegenheit, eine Reihe der schwersten Warzenfortsatzerkrankungen zu operiren, bei denen sich oft nach erstaunlich kurzer Zeit geradezu erschreckende Zerstörungen im Knochen vorfanden und auch mehrere Male der Erkrankungsherd bis an den Sinus und die mittlere Schädelgrube vorgeschritten war, ohne dass die „vorschriftsmässigen" Zeichen von Warzenfortsatzerkrankung, nämlich Fieber, Schmerzen und Schwellung der Weichtheile über dem Knochen, oder Senkung der hintern obern Gehörgangswand, vorhanden waren. Hätten wir bei diesen Fällen auf das Auftreten der erwähnten Zeichen warten wollen, so wäre die Hilfe leicht zu spät gekommen. Es ist zu verwundern, dass in dem Sammelwerke von Schwartze die Indicationen für die Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuten Erkrankungen noch in so engen Grenzen gestellt sind. Wir kommen in praxi mit dieser Indicationsstellung nicht aus und es ist darum jedes neue, brauchbare diagnostische Hilfsmittel mit Freuden zu begrüssen.

Den ersten zwei Fällen hat v. Wild einen dritten hinzugefügt, über den er auf dem II. Otologencongress berichtete. Weiter hat Moos an der Hand eines chronischen Falles in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde betont, dass nur ein positives Resultat verwerthbar ist. Es schien mir von Wichtigkeit, an einer weiteren Reihe geeigneter Fälle das Percussionsergebniss mit dem Operationsbefunde zu vergleichen. Es waren dies 9 Fälle von schweren Warzenfortsatzerkrankungen; bei allen konnte bei sorgfältigster Palpation keine Schwellung oder Infiltration der Weichtheile über dem Knochen nachgewiesen werden; desgleichen fehlte Röthung der Haut. In einem Falle (extraduraler Abscess am Sinus transversus) war ein ganz leichtes Oedem hinter dem Proc. mast. vorhanden, etwa der Stelle des Emissar. mast. entsprechend. 6 Fälle waren unzweifelhaft durch Influenza entstanden, in einem war eine lacunäre Angina vorausgegangen, in einem waren schon öfters Ohreiterungen vorausgegangen, die unter Zurücklassung einer Perforation abgeheilt waren. Die neuerlich aufgetretene Ohreiterung wurde von dem den Patienten zuerst poliklinisch behandelnden Arzte auf Influenza bezogen. In einem Falle war die Aetiologie unbekannt.

Druckempfindlichkeit fand sich in 7 Fällen in verschiedener Stärke

Digitized by Google

vor, 2 Mal war keine Druckempfindlichkeit vorhanden. Der Trommelfellbefund und die Temperaturverhältnisse sind bei den einzelnen Fällen erwähnt. Ueber den Zeitpunkt des Auftretens des gedämpften Percussionsschalles kann ich nicht berichten, da die Fälle nicht alle vom Beginn der Erkrankung an von mir beobachtet wurden.

Die Krankengeschichten theile ich nur im Auszuge und insoweit sie für die vorliegende Frage von Interesse sind, mit:

Fall I. J. S. von hier, 12 Jahre (Angina lacunaris). Operirt am 7. April 1893 (6 Tage nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links; gut durchgängige Perforation im hintern untern Quadranten. Proc. mast. druckschmerzhaft. Keine Infiltration der Weichtheile. Starke Schmerzen, pyämisches Fieber. Vergleichende Percussion ergiebt beiderseits hellen Schall. Operationsergebniss: Corticalis gesund. In ziemlicher Tiefe ein erbsengrosser Granulationsherd, der nach hinten bis an den Sinus tr. reicht, woselbst ein extraduraler Abscess.

Fall II. Frau M. von hier, 30 Jahre (Influenza; Pleuro-Pneumonie); operirt am 27. Novbr. 1893 (11 Tage nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links. Perforation im vordern untern Quadranten gut durchgängig; die obere Trommelfellhälfte wurstförmig in den Gehörgang vorgebaucht. Proc. mast. druckschmerzhaft, keine Röthung, keine Schwellung, kein Fieber. Percussion ergiebt objectiv und subjectiv Dämpfung links. Operationsergebniss: in der Tiefe von wenigen Mm. ein sehr grosser, nach dem Antrum und bis in die Spitze reichender Granulations- und Eiterherd.

Fall III. Frau B. aus Höchst, 32 Jahre (Influenza); operirt am 13. December 1893 (14 Tage nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta rechts; gut durchgängige Perforation in der vorderen Trommelfellhälfte, die vorgebaucht ist. Proc. mast. auf Druck und spontan schmerzhaft. Objectiv und subjectiv dumpfer Percussionsschall rechts. Keine Schwellung der Weichtheile. Temp. normal. Operationsergebniss: Nach einigen Meisselschlägen Aufdeckung eines sehr grossen Krankheitsherdes, der aus multiplen Knochenabscessen und Granulationen besteht und bis zum Sinus nach hinten, bis über die Linea temporalis nach oben, bis in die Spitze und bis in's hochgelegene Antrum reicht.

Fall IV. Frau F. aus Aachen, 32 Jahre (Influenza); operirt am 10. Januar 1894 (5. Woche nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links; gut durchgängige Perforation im vorderen unteren Quadranten. Trommelfell in den oberen und hinteren Partien bauchig vorgewölbt. Schmerzen im Ohr und Proc. mast., der nur an kleiner Stelle etwas druckempfindlich ist. Auf demselben keine Schwellung, dagegen in der Gegend des Emissar. mastoid. ganz leichte Schwellung zu fühlen. Kein Fieber. Percussion ergiebt dumpfen Schall links. Operationsergebniss: Durch einen Meisselschlag wird ein Krankheitsherd freigelegt, der sich nach oben bis zur Linea temporal., nach hinten bis an die Sinuswand, woselbst ein extraduraler Abscess sitzt, nach unten bis tief in die Spitze hinein, nach innen bis in's hochliegende Antrum erstreckt.

Fall V. Herr H. aus Hattersheim, 34 Jahre (Influenza); operirt am 15. Januar 1894 (in der 6. Woche nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links. Perforation hinten oben auf dem zitzenförmig vorgebauchten Trommelfell. Proc. mast. druckschmerzhaft, ohne Schwellung.

Digitized by Google

Temperatur normal. Objectiv und subjectiv deutlich dumpfer Percussionsschall links. Operationsergebniss: Nach ein paar Meisselschlägen grosser Granulations- und Eiterherd, der bis zur Linea temporalis, bis in's Antrum und bis an die hintere Gehörgangswand reicht; die völlig kranke Spitze wird in toto abgetragen.

Fall VI. Herr H. aus Höchst, 39 Jahre (Influenza); operirt am 20. Januar 1894 (fast 8 Wochen nach Beginn der Otorrhe). Otit. med. purul. acuta links. Zitzenförmige Vorwölbung des Trommelfells im hinteren unteren Quadranten. Auf derselben gut durchgängige Perforation. Proc. mast. druckempfindlich, keine Schwellung. Kein Fieber. Linker Proc. mast. weist bei der vergleichenden Percussion deutliche Dämpfung auf (objectiv und subjectiv). Operationsergebniss: In der Tiefe von einigen Mm. ausgedehnter Erkrankungsherd; vorne bis zur hinteren knöchernen Gehörgangswand, hinten bis an die Sinuswand, nach oben bis an die Linea temporalis, nach unten bis tief in die Spitze, nach innen bis in das sehr hochgelegene Antrum.

Fall VII. Herr M. R., 18 Jahre alt, von hier (Influenza?); operirt am 17. Januar 1894. Otorrhoe links seit November 1893. Seit 16. Januar anhaltendes Erbrechen, Schwindel, so dass Pat. beim Gehen lebhaft schwankt. Temp. 38,3—39,3°. Im hinteren unteren Quadranten ca. linsengrosse Perforation, aus der die geschwollene Paukenschleimhaut hervorsieht. Proc. mast. nicht druckempfindlich, keine Schwellung. Percussion ergiebt beiderseits hellen Schall. Operationsergebniss: Knochen bis in die Nähe des Antrums, das sehr hoch gelegen ist, gesund; in der Tiefe von ca. 2 Ctm. findet sich ein Granulationsherd, der, wie sich später zeigte, bereits innerhalb der mittleren Schädelgrube sass, derselbe zieht nach dem Antrum, das Eiter enthält; der Herd wird dann weiter nach hinten und innen verfolgt und dabei ein extraduraler Abscess aufgedeckt, der sich unter Pulsation aus der mittleren Schädelgrube entleert und ca. 2 Esslöffel voll Eiter enthält.

Fall VIII. Herr P. R., 45 Jahre, von hier (Influenza); operirt am 25. Januar 1894 (6 Wochen nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta rechts. 2 Perforationen, eine vorn oben auf dem blasig vorgetriebenen Trommelfell und eine hinten unten. Keine Druckempfindlichkeit, keine Schwellung am Proc. mast. Kein Fieber. Zeitweise spontane Schmerzen im Ohr. Vergleichende Percussion ergiebt beiderseits hellen Schall. Operationsergebniss: Elfenbeinharter Knochen, in der Tiefe von 1 Ctm. quillt Eiter hervor; Aufdeckung eines sehr ausgedehnten, bis in die Spitze und zur Linea temporalis nach innen in's Antrum reichenden Krankheitsherdes.

Fall IX. Frau Sch. von hier, 50 Jahre alt; operirt am 3. März 1894 (ca. 4 Wochen nach Beginn der Ohrerkrankung). Otit. med. purul. acuta rechts, die ohne nachweisbare Ursache mit Entzündungserscheinungen in den hinteren oberen Trommelfellpartien beginnend, am 7. Februar 1894 Paracentese des Trommelfells nöthig machte; die Oeffnung schloss sich wieder, während eine Vorbauchung des Trommelfells in den hinteren Partien bestehen blieb und zeitweise Schmerzen im Ohr auftraten; der Proc. mast. war von Anfang an in der Fossa mast. und an der Vorderseite der Spitze bei starkem Druck schmerzhaft. Die Paracentese war noch 3mal nothwendig, da sich die Oeffnung immer nach einigen Tagen wieder

Digitized by Google

schloss bei Fortbestehen von mässiger Druckempfindlichkeit der nicht geschwollenen Warzentheilbedeckung. Temperatur normal bis zum 1. März; an diesem Tage 38,7° Abendtemperatur, Temperatur am Operationstage 37,1°. Percussion ergab deutlich subjectiv und objectiv wahrnehmbare Dämpfung zum 1. Mal am 10. Februar. Urin ohne Zucker und Eiweiss. Operationsergebniss: Nach 2 Meisselschlägen wird ein Granulations- und Eiterherd gefunden, der sich vorn bis an die hintere knöcherne Gehörgangswand erstreckt, nach oben bis über die Linea temporalis, nach innen bis in das von Granulationen erfüllte Antrum, die sich bis in die mittlere Schädelgrube erstreckten und eine Eröffnung derselben nöthig machten (Dura etwas über 1 Ctm. freigelegt); nach hinten geht der Herd bis an die Sinuswand; der Sinus musste ca. 1,5 Ctm. freigelegt werden; nach unten bis in die äusserste Spitze, die abgetragen wird; bei Abtragung einer an die Sinuswand heranragenden erweichten Knochenpartie mit dem scharfen Löffel Sinusblutung, die sofort auf Tamponade stand.

Wir finden also 6mal bei den 9 durch die Operation bestätigten Krankheitsherden deutliche Abdämpfung des Percussionsschalles, während in 3 der Fälle (I, VII und VIII) keine Dämpfung vorhanden war. In den 6 Fällen mit positivem Resultat handelte es sich ausnahmslos um sehr grosse und nahe der Oberfläche gelegene Krankheitsherde. Im Falle I dagegen ist die Corticalis gesund und in beträchtlicher Tiefe ein kleiner Herd. Im Falle VII ist nur im Antrum ein Eiter- und Granulationsherd, während der übrige Herd in der mittleren Schädelgrube liegt. Im Falle VIII ist der Knochen sehr sclerotisch und der Herd, wenngleich sehr gross, doch erst in der Tiefe von 1 Ctm. gelegen.

Ehe wir aus diesen Beobachtungen Schlüsse ziehen, möchte ich, wenngleich es fast überflüssig erscheinen möchte, doch vorausschicken, dass natürlich bei der Verwerthung des Percussionsergebnisses auch alle übrigen Erscheinungen sorgfältigst berücksichtigt werden müssen, dass also der ganze Verlauf, der Trommelfellbefund, sowie die sonstigen objectiven und auch subjectiven Wahrnehmungen in den Kreis der Ueberlegung gezogen werden müssen. Die vorliegende Beobachtungsreihe lehrt uns Folgendes.

1) Die vergleichende Percussion des Warzenfortsatzes ist im Stande, uns unter Umständen die Diagnose einer vorliegenden Knochenerkrankung zu sichern, vorausgesetzt, dass dieselbe ein positives Resultat ergiebt.
2) Bei positivem Resultat der vergleichenden Percussion können wir einen nahe der Oberfläche gelegenen Krankheitsherd erwarten. Die Grösse des Herdes beeinflusst wohl auch den Grad der Dämpfung.
3) Der negative Ausfall der Percussion beweist nicht die Abwesenheit eines Erkrankungsherdes.
4) Der negative Ausfall der Percussion lässt, wenn andere Zeichen (abgesehen von den äusserlich fühlbaren) auf eine Warzenfortsatzerkrankung hindeuten, den Schluss gerechtfertigt erscheinen, dass entweder der Krankheitsherd sehr

Digitized by Google

klein ist, oder, selbst bei grosser Ausdehnung, entfernt von der Oberfläche sitzt.

Ob und in wie weit die sclerotische Beschaffenheit des Knochens das Percussionsergebniss beeinflusst, kann ich nach der einzigen diesbezüglichen Beobachtung nicht entscheiden. Es erübrigt noch einige Worte über die Technik zu sagen. Als Percussionsstelle empfiehlt sich die von Körner und v. Wild angegebene; dieselbe liegt

1. unterhalb der Linea temporalis,
2. oberhalb des Ansatzes des Sternocleido-mast.,
3. hinter dem Rande der Ohrmuschel,
4. vor dem Ansatz der Haare.

Selbstredend muss die Percussion stets vergleichend beiderseits vorgenommen werden. Ich habe mich fast ausschliesslich der Fingerpercussion bedient; Körner und v. Wild haben ein Metallhämmerchen angegeben, ich glaube, dass die Anwendung des einen oder andern Verfahrens der Vorliebe der Einzelnen überlassen werden kann. Wichtig erscheint es mir dagegen, stets sowohl stark, als auch schwach nach einander zu percutiren, da ich den Eindruck gewonnen habe, dass unter Umständen eine sehr stark ausgeführte Percussion den Schall heller erscheinen lässt, als die schwächer ausgeführte Percussion; wir haben ja dafür Analogien in der anderweitigen Anwendung der Percussion. Man percutirt am besten von hinten her, indem man den Patienten vor sich hin mit niedergebeugtem Kopfe setzen lässt, so dass er dem Untersucher den Rücken zukehrt, auf diese Weise kann die Wahl der Percussionsstelle mit den Augen controllirt werden.

Es ist schliesslich noch zu erwähnen, dass die Patienten meist ungefragt selbst auf die Schallunterschiede aufmerksam machen. Obgleich mit den obenangeführten Fällen jetzt 13 Beobachtungen vorliegen, so halte ich es trotzdem für erwünscht, auch noch weiterhin die Percussionsresultate mit den Operationsergebnissen zu vergleichen, um entweder die aus den gemachten Erfahrungen gezogenen Schlüsse zu bestätigen, oder dieselben zu berichtigen.

Nachtrag bei der Correctur.

Fall X. Herr D. aus Griesheim, 46 Jahre alt (Influenza). Operirt am 12. März 1894. Seit Januar schwerhörig rechts; nie Otorrhoe; seit 3 Wochen äusserst heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen der rechten Kopfseite, die sich vom Proc. mast. bis in die Schläfen erstrecken. Trommelfell rechts glanzlos, verdickt (wie leicht gequollen), etwas abgeflacht, keine Secretion im Gehörgang, keine Perforation. Proc. mast. nicht geschwollen, nur an der Vorderseite der Spitze druckschmerzhaft. Temp. normal. Gedämpfter Percussionsschall auf dem linken Proc. mast. Operationsergebniss: Der erste Meisselschlag eröffnet einen Granulutions- und Eiterherd in dem sehr morschen Knochen, der bis an die Sinuswand, bis in die äusserste Spitze, bis in das eitergefüllte Antrum, bis über die Höhe der Linea temporal. sich erstreckt.

Mit diesem Falle liegen demnach 14 einschlägige Beobachtungen vor.

Digitized by Google

Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden?

Von

Dr. **Ernst Winckler** in Bremen.

(Schluss.)

Als eine lebensgefährliche Manipulation ist die Schäffer'sche Sondirung in all' den Fällen zu unterlassen, bei welchen die Palpation in der erwähnten Gegend (Pars frontal.) harten Knochen ergiebt. Der Widerstand, welchen der Stirnhöhlenboden in diesen Fällen der vordringenden Sonde entgegen setzt, ist so auffallend, dass man kaum darüber in Zweifel sein kann, wo sich das Schäffer'sche Verfahren verbietet. Es genügt eine Dicke von wenigen Millimetern, um bei der Palpation das Gefühl, auf resistenten Knochen gestossen zu sein — hervorzurufen. Mit einem Troicart liesse sich wohl ein derartig beschaffener Stirnhöhlenboden noch durchstossen, indess muss man dabei dessen eingedenk sein, dass es Fälle giebt, in welchen die untere Stirnhöhlenwand an dem zwischen lateraler Nasenwand und Septum gelegenen Theile von einer 5—15 Mm. starken Knochenplatte gebildet sein kann. Wollte man diese mit Gewalt von der Nase aus zu trepaniren versuchen, dann dürfte sehr leicht das Instrument von der Pars frontalis des Nasendaches abgleiten und an die dünne Pars ethmoidalis gelangen, die dann bei der aufwärts strebenden Richtung, welche dem Instrument zu den gewaltsamen Punctions-Versuchen gegeben werden muss, sofort durchstossen sein würde. In seiner oben citirten Publication weist auch Lichtwitz auf derartige Fälle hin und bemerkt, dass die Methode der Schäffer'schen Explorativpunction unausführbar sein und schwere Unannehmlichkeiten darbieten kann.

Jeder Versuch einer intranasalen Trepanation des Stirnhöhlenbodens medianwärts der mittleren Muschel verbietet sich von vornherein dort, wo Skelettanomalieen des vorderen Abschnittes der inneren Nase — insbesondere irgendwie die Führung des Instrumentes behindernde Verbiegungen der Nasenscheidewand bezw. höher liegende Exostosen des Septum etc. angetroffen werden.

Eine weitere Contraindication dürfte durch die anatomischen Verhältnisse der Nase für den Versuch der Schäffer'schen Methode nicht gegeben sein — wohl aber durch gewisse bedenkliche Erscheinungen des Einzelfalles.

Nothwendig ist es für alle diejenigen, welche das Schäffer'sche Verfahren einer Prüfung unterwerfen wollen, sowohl über die sagittale Ausdehnung des Stirnhöhlenbodens als auch über die Entfernung desselben von der vorderen Nasenapertur orientirt zu sein. Am ausgewachsenen Schädel beträgt die Länge der unteren Stirnhöhlenwand am Nasendach (sagittal gemessen) durchschnittlich mindestens 1 Ctm. Sie ist demnach gross genug, um von der Nase aus durch ein Instrument getroffen werden zu können, ohne dass man dabei in die Schädelhöhle gelangt.

Digitized by Google

Was die Entfernung des Stirnhöhlenbodens von der vorderen Nasenapertur anbetrifft, so lässt sich diese leicht dadurch bestimmen, dass man ein Bandmaass an die Stirn und den Nasenflügel anlegt, oder den Abstand der Spina septi von dem Punkte, in welchem die Stirn in die Nasenwurzel übergeht, mittelst Tasterzirkels bestimmt. Falls nicht eine besondere Situation der Stirnhöhlen angeordnet — dieselben namentlich nicht weit nach hinten liegen, ohne die vordere Stirnbeintafel zu erreichen — werden die gewonnenen Aussenmaasse im Allgemeinen mit den inneren übereinstimmen, zumal da bei der Schäffer'schen Trepanation das Instrument mehr oder weniger senkrecht nach oben in die Nase eingeführt wird. Im Durchschnitt ist die untere Stirnhöhlenwand bei Schädeln älterer Individuen 5 Ctm. von der Spin. sept. entfernt. Man hat dem entsprechend die Sonde medianwärts der mittleren Muschel dann mit aller Wahrscheinlichkeit in den Sinus frontalis gebracht, wenn man sie in der früher beschriebenen Weise etwas über 5 Ctm. nach oben in die Nase vorgeschoben hat. In einer Anzahl von Fällen lässt sich die Sonde noch leicht 1—2 Ctm. weiter einführen, nämlich dann, wenn man einen sehr geräumigen Sinus vor sich hat, bei welchem namentlich der Tiefenabstand der vorderen und hinteren Wand ein grosser ist, oder dann, wenn man schräg in den Sinus hineingekommen ist und das Instrument nach dem lateralen Winkel des Hohlraumes bringen kann. Ganz steil in die obere Spitze der Höhle wird man sehr selten gelangen. Es könnte dies höchstens einmal bei einer ganz flach gebauten Nase der Fall sein, bei welcher eine fast senkrechte Einführung der Sonde allenfalls möglich wäre. In den meisten Fällen muss das Instrument, wenn man nicht gegen die Nasenbeine stossen will, etwas mehr oder weniger geneigt werden, und geräth es dann bei gewöhnlicher Beschaffenheit der Sinus, sowie dasselbe nach der Trepanation weiter in den Hohlraum geführt wird, gegen die äussere Fläche der cerebralen Stirnbeintafel. Die in die Trepanationsöffnung gebrachte Canüle lässt sich, falls dieselbe gekrümmt ist, häufig weiter vorschieben, als die Sonden unter derartigen Umständen, weil sie mit ihrem in den Sinus eingeführten Ende an der hintern Wand vorübergleitend sich entweder nach oben oder gegen die vordere Wand richtet.

Nur dort, wo das Siebbein so mächtig entwickelt ist, dass es die ganze untere Sinuswand mit seinen Zellen bedeckt, wird eine Verletzung desselben durch das Schäffer'sche Verfahren gesetzt werden können. Wenn man sich aller dieser kurz zusammengestellten Verhältnisse bewusst ist, so kann der nach Schech unbegreifliche Versuch, die Eröffnung der unteren Stirnhöhlenwand in dem Raum zwischen Septum und mittlerer Muschel vorzunehmen — wohl nicht als geradezu gefährlich bezeichnet werden. Wenigstens ist er ebenso gefährlich oder ungefährlich wie die von Jurasz, Hartmann u. A. ausgeübten Sondirungsversuche, durch das Ostium frontale in den Sinus zu gelangen.

Dass man nicht in allen Fällen ein Stirnhöhlenempyem durch intranasale Behandlung, sei es nun, dass man lateralwärts der mittleren Muschel oder medianwärts von ihr trepanirt, sei es, dass man unter besonders günstigen Umständen durch ein weites Ostium per vias naturales Ausspülungen vornehmen kann, wird Niemand behaupten wollen. Bei einer längere Zeit hindurch bestehenden Eiterung kann die Sinusschleimhaut mehr oder weniger degenerirt und mit Granulationen bedeckt sein,

Digitized by Google

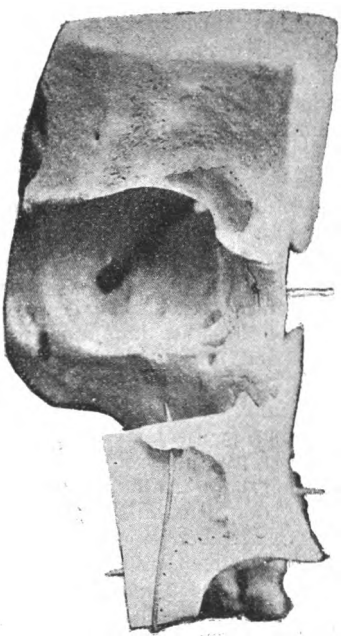
die ein gründliches Ecrasement erheischen. Dies ist von der Nase aus, wie bereits angedeutet, nicht möglich. Die normalen Buchten der Stirnhöhle sind von hier für den scharfen Löffel unerreichbar, ebenso wie die der Highmorshöhle, ganz abgesehen davon, dass der Sinus frontalis auch durch Ausbuchtungen der Siebbeinzellen oder Knochenspangen in mehr oder weniger von einander getrennte Cavitäten geschieden sein kann, was bei Einleitung einer intranasalen Behandlung natürlich nicht vorher zu wissen ist. Dass Sequester unter Umständen ebenso diese Behandlung vereiteln können, soll der Vollständigkeit halber nicht unerwähnt bleiben. Die intranasale Behandlung nach dem Schäffer'schen Verfahren hat daher auch beim Stirnhöhlenempyem ihre Grenzen, und ist es daher wohl vollkommen gerechtfertigt, wenn man die Patienten darauf aufmerksam macht, dass dieselbe nur versuchsweise eingeleitet wird. Gerechtfertigt ist der Versuch dieser Behandlung auch durch die Thatsache, dass man nicht allzu selten bei Empyemen der Nebenhöhlen überhaupt weder Sequester noch Granulationen auf der Schleimhaut antrifft, und somit die Möglichkeit, ein günstiges Resultat durch dies milde Verfahren zu erzielen, auch zu Folge der Beobachtung derartig geringer makroskop. Veränderungen der Mucosa, wohl zweifellos zugegeben werden muss. Anstatt das Schäffer'sche Verfahren als einen Versuch gelten zu lassen, erwidert Schech: „Wozu also (weil nämlich die Fälle, bei welchen eine Heilung erzielt wurde — bisher nur in der erwähnten spärlichen Anzahl berichtet sind) eine in ihrem Endresultate unsichere und geradezu gefährliche Operation? Dass die Patienten die Eröffnung von aussen verweigern und sich lieber von innen operiren lassen, hat Schech selbst zur Genüge erfahren, das kann und darf aber für den Arzt nicht massgebend sein." Wem Fälle zu Gebote stehen, in welchen durch eine einzige Sondirung nach der Schäffer'schen Methode die wüthendsten Kopfschmerzen mit einem Schlage beseitigt wurden, der wird diesen Ausspruch von Schech selbst dann nicht unterschreiben, wenn der spätere Verlauf der Affection ohne Heilung endete und wegen der bestehenden Eiterung noch die Trepanation der äusseren Wand nöthig machte. Wer ihn aber unterschreibt, der muss auch der Consequenz halber alle intranasalen therapeutischen Versuche an dem Antr. Highmori aufgeben und hier wie dort für die breite Eröffnung der äusseren Wand des Sinus eintreten. Auch beim Antr. Highmori bleibt die intranasale Therapie nur ein Versuch, der jedenfalls oft eben so viel leistet wie das von Schech empfohlene Eintreiben eines Stilets in die Fossa canina, von der Dicke, dass nur eine kleine Canüle durchgeführt werden kann — ein Eingriff, der gewiss einen bequemen Zugang zu Spülungen — aber keine Information über die Beschaffenheit der Mucosa des Antr. Highmori verschafft. Dass die Oberkieferhöhle, weil sie nicht in so unmittelbarer Nachbarschaft der Schädelhöhle wie der Sinus frontal. liegt, zu therapeutischen Versuchen geeigneter sei, darf wohl nicht als ein berechtigter Einwand gelten. Im übrigen ist die Lage beider Nebenhöhlen für den, welcher mit den oben erwähnten Eigenthümlichkeiten sich bekannt gemacht hat, bei der Sondirung ganz gleichgiltig.

Alles in Allem darf auch die Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand medianwärts der mittleren Muschel für bestimmte Fälle kaum verworfen werden, vielmehr hat sie eben so viel Berechtigung, wie der Vor-

Digitized by Google

schlag, die Kieferhöhle von der lateralen Nasenwand unterhalb des vorderen Endes der unteren Muschel zu eröffnen.

Die Trepanation des Sinus frontalis an der sogen. chirurgischen Wand der Höhle ist ausser in den schon genannten Fällen unbedingt auch bei den Patienten vorzunehmen, bei welchen irgendwie schwerere cerebrale Erscheinungen, insbesondere Gleichgewichtsstörungen auf ein Empyem dieser Nebenhöhle zurückzuführen sind, ganz abgesehen von all' den Fällen, bei welchen bereits die Flüssigkeitsansammlung Veränderungen der äusseren Stirnhöhlenwand zu Stande gebracht hat und bei welchen sich die breite Eröffnung des Sinus somit naturgemäss von selbst indicirt. Unter Umständen können nun aber die Stirnhöhlen so eigenartig zu der chirurgischen Wand liegen, dass man mit der Trepanation von hier aus gar nicht den erkrankten Sinus erreicht. Wenn sich z. B. in einem Schädel, wie ihn die Photographie II$_1$ wiedergiebt, ein Empyem in der rechten Stirnhöhle entwickelt — welches den Eingriff



von aussen schliesslich nöthig macht — so wird man nach der Aufmeisselung der vorderen Lamelle sowohl dann, wenn man dieselbe nahe der Medianlinie, als auch dann, wenn man sie über dem Arcus superciliaris vornimmt, in den linken Sinus frontalis hineinkommen und den Krankheitsherd nicht antreffen, selbst wenn man die ganze vordere Lamelle der Stirnhöhle fortnimmt — es sei denn, dass die Eiterung in der rechten Stirnhöhle bereits nach vorn durchgebrochen, zu einer Caries ihrer vorderen Begrenzungsfläche geführt hätte. In dem vor-

Digitized by Google

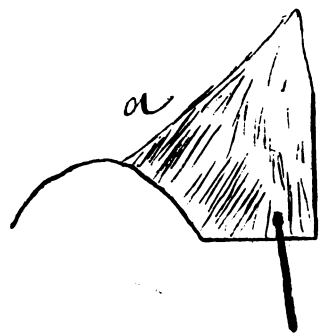
liegenden Präparate wäre von aussen her der rechte Sinus frontalis mit Sicherheit nur durch eine Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand vom inneren Augenwinkel her zu erreichen. Die ganze äussere Stirnbeintafel dient hier dem linken Sinus frontalis als äussere Wand. Der rechte Sinus frontalis ist hinter dem linken gelegen. Seine vordere Wand wird von einem Theil der hinteren Wand des linken Sinus gebildet. Dies Verhalten ist auf Photographie II_1 ersichtlich. Das Stirnbein wurde zur Herstellung des Präparates in der Weise durch einen Frontalschnitt und Horizontalschnitt abgetragen, dass man in die rechte Stirnhöhle hineinsieht. Die vordere Wand der letzteren ist ein Abschnitt der hinteren Wand des die Medianlinie nach rechts überschreitenden linken Sinus frontalis, wie man an dem abgetragenen Stück des Stirnbeins lateralwärts — also auf dem Bilde rechts — von dem Befestigungsdraht wahrnehmen kann, dessen innere Fläche aufgenommen worden ist. Die punctirt angedeuteten Linien stellen die obere Begrenzung dieses sehr dünnen Abschnittes der hinteren Wand des linken Sinus frontalis dar. Vor demselben dehnt sich die linke Stirnhöhle noch fast bis zum Margo supraorbitalis aus. Bei derartig angeordnetem Sinus lässt sich nun die Punction der nach hinten gelegenen Stirnhöhle vom inneren Augenwinkel aus umgehen, wenn der nasale Abschnitt der unteren Stirnhöhlenwand die oben mitgetheilte Beschaffenheit zeigt und es gelingt, durch Manipulationen von der Nase aus ein Instrument in diesen Sinus hineinzubringen. Es kann die endonasale Trepanation als diagnostisches Unterstützungsmittel selbst bei der breiten Eröffnung der chirurgischen Wand der Stirnhöhle in Frage kommen und durch ihr Gelingen für den Opera-

teur zur Orientirung äusserst werthvoll sein. Photographie II_2 giebt die Ansicht der rechten Schädelhälfte im Medianschnitt; unten links das fortgenommene Stück des Stirnbeins mit der Ansicht von vorne. Der durch

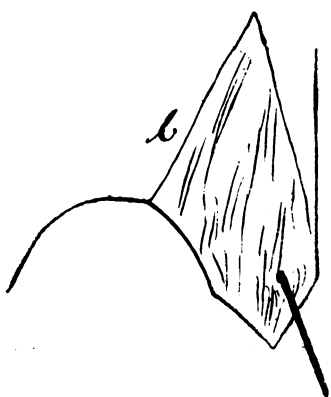
Digitized by Google

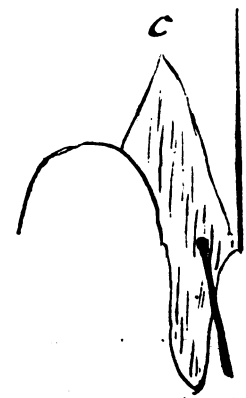
das rechte Ostium frontale von oben her eingelegte dünne Draht zeigt die Richtung des rechten Ductus naso-frontalis nach dem unteren Nasenabschnitt zu. Das eingelegte dickere Instrument soll eine Vorstellung davon geben, wie man in diesem Falle die intranasale Trepanation der rechten Stirnhöhle vorzunehmen hätte. Dasselbe müsste zwischen Septum und mittlerer Muschel eingeführt und dann oberhalb letzterer — in diesem Falle ziemlich stark lateralwärts gewandt — der Versuch zum Eindrücken der unteren Wand gemacht werden. Da hier der Stirnhöhlenboden in einen Trichter ausläuft, so durchbohrt das Instrument dessen seitliche Wand.

Die durch die Configuration der unteren Sinuswand bedingte Lage der Trepanationsöffnung, sowie Richtung der Sonde lässt sich beiläufig durch folgendes Schema veranschaulichen. Verläuft die untere Wand



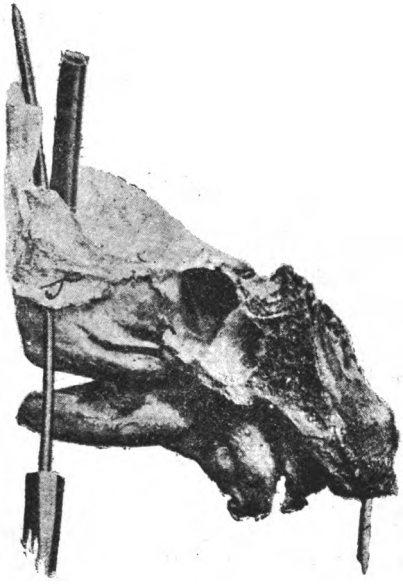
(wie in *a*) annähernd horizontal zum Nasenlumen, so dringt man bei der Schäffer'schen Sondirung mehr oder weniger senkrecht von unten nach oben in den Sinus ein. Ist dieselbe nasalwärts eingebuchtet, wie dies in *b* und *c* skizzirt ist, so kommt die Sonde nach demselben Verfahren





Digitized by Google

mehr von der Seite hinein. Zu erwähnen ist, dass in Fällen, welche derartige Sinusbildungen auf beiden Seiten zeigen, die Pars frontalis am Nasendach eine andere Beschaffenheit hat, wie dies oben bemerkt wurde. Man hat dann am Nasendach hinter der Pars nasalis nur den unteren Rand der dicken compacten Stirnbeintafel, an welchen sich unmittelbar die Pars ethmoidales anschliesst. Dieser Rand kann unter Umständen eine (sagittale) Ausdehnung von 15 Mm. haben und ist wohl in der Mehrzahl der Fälle für eine Palpation auf endonasalem Wege gross genug. Nach Constatirung dieses Befundes, der mit dem oben erwähnten: dicke untere Sinuswand, das weitere Vorgehen in der gleichen Weise bestimmt, hat man die Palpation mehr oder weniger weiter lateralwärts zu versuchen, wobei man stets genau in derselben Frontalebene das eingeführte Ende der Sonde zu bewegen hat. Auch in dem Falle, welchen die Photographie I darstellt, gelingt es, medianwärts der mittleren Muschel in die Stirnhöhle hineinzukommen. Die Trepanationsöffnung liegt dabei so, wie dies das Schema in *c* wiedergiebt, das Instrument selbst zwischen Septum und Concha media. Um dies Verhalten zur Darstellung zu bringen, wurde dasselbe Präparat, welches auf Photographie I von der Aussenseite aufgenommen ist, in Photographie III von der Innenseite



aufgenommen. Das Septum narium ist der Deutlichkeit halber bis auf das kleine Stück (s) abgetragen worden.

Es muss an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass in den Fällen, welche der in der Münch. med. Wochenschr. publicirten Besprechung zu Grunde gelegt sind, nach dem Schäffer'schen Verfahren nicht angeblich, sondern wirklich eine Sonde in den Sinus

Digitized by Google

frontalis hineingebracht worden ist, was übrigens in dem einen Falle auch von einem Fachchirurgen bestätigt wurde. Ein Uebelstand darf bei Besprechung des Schäffer'schen Verfahrens nicht unerwähnt bleiben, obgleich er, da die Mucosa im Allgemeinen eine sehr straffe Tapete an der Innenwand der Knochenhöhle darstellt, auf Grund zahlreicher Leichenversuche als ein seltener bezeichnet werden muss. Nachdem es gelungen ist, den Stirnhöhlenboden einzudrücken, kann man mit dem Sondenknopf die Schleimhaut mehr oder weniger ablösen, ohne sie zu perforiren. Dies kann aber auch unter Umständen bei der Sondirung per vias naturales eintreten, zumal dann, wenn die Versuche, in die Stirnhöhle hineinzugelangen, einen kleinen Schleimhautriss in der Mucosa zu Stande gebracht haben. Deswegen wird man die Sondirung der Stirnhöhle nicht verdammen, und deswegen liegt auch kein Grund vor, weshalb ein geübter Rhinologe neben der Sondirung nicht unter Umständen auch die Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand lateralwärts oder, wie es Schäffer empfohlen hat, medianwärts der mittleren Muschel versuchen soll, ganz ebenso wie er dies auch bei Empyem des Antr. Highmori, sei es zur Feststellung der Diagnose oder zur Einleitung therapeutischer Massnahmen, als kunstgerecht nicht unterlassen wird, vorausgesetzt, dass der Zustand des Pat., oder die Art der Erkrankung nicht sofort die Eröffnung des Antrum von der Fossa canina aus erheischen. Letztere wird man sich, wie auch die Trepanation des Sinus frontal. von seiner chirurg. Wand, stets vorbehalten müssen. Indess geschieht ja auch die Einleitung gewisser therapeutischer Massnahmen und kleinerer Eingriffe auf vielen anderen Gebieten mit der Reserve, falls diese nicht zum Ziele führen, eine eingreifendere Operation folgen zu lassen. Niemand wird dies verwerflich finden, die Hauptsache bleibt doch, nur den richtigen Zeitpunkt zu der in Aussicht genommenen Operation nicht zu verpassen. Da Schech mit seiner ganzen Autorität gegen die Schäffer'sche Methode zu Felde zieht, so sei ein Citat aus seinem weit verbreiteten Lehrbuch über die Krankheiten der Nebenhöhlen zum Schluss noch kurz besprochen. „Die Eröffnung der Stirnhöhle erfordert die Spaltung der Haut über den Augenbrauen bis zur Nasenwurzel und die Beiseiteschiebung des Periostes. Der Knochen wird bei grosser Härte mit Hohlmeissel oder Trepan, bei blasiger Verdünnung der Wände mit der Scheere abgetragen oder mit einem dicken Troicart durchstossen.“ Dies Verfahren, mit einem Troicart an der vorderen Wand des Sinus frontalis zu operiren, muss unter allen Umständen nicht nur wegen der grossen Gefahr, gleichzeitig auch die hintere Wand zu durchstossen, sondern auch wegen seiner Unzweckmässigkeit verworfen werden. Wie Schech durch die glücklich gelungene Troicartöffnung einen grossen Sinus „auskratzen“ will, ist aus seinem Lehrbuche nicht ersichtlich. Auch bei der Eröffnung der äusseren Sinuswand dürfte man zunächst probatorisch vorgehen. Nachdem mit dem Meissel — jedenfalls dem ungefährlichsten Instrument — der Sinus eröffnet ist, so hat die zunächst folgende Ausspülung zu ergeben, ob der Sinus nach der Nase zu durchgängig ist oder nicht. Dann hat man mit der Sonde die Grösse der Höhle sowie etwaige Caries festzustellen. Wohl nur bei letzterer ist sofortige breite Eröffnung der Höhle und Freilegen des erkrankten Knochens indicirt. Im andern Falle dürfte auch die Herstellung einer kleineren Oeffnung genügen. In allen Fällen ist sie

Digitized by Google

so gross anzulegen, dass man die zur schnellen Trockenlegung des Hohlraumes ausserordentlich zweckmässige Jodoformgazetamponade ausführen kann. Falls das Ostium frontale nicht oder nur für dünne Sonden von oben her durchgängig ist, muss auch eine Gegenöffnung angelegt werden. Es darf wohl behauptet werden, dass es durchaus unnöthig ist, in jedem Falle, den man von aussen her eröffnet hat, die Stirnhöhle sofort auszukratzen und mit Chlorzink zu ätzen.

Literatur.

Dr. M. Bresgen: Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle etc. II. Auflage.
Berl. Klin. Woch. 1887, pg. 34—36. Jurasz: Ueber die Sondirung der Stirnbeinhöhle.
Grünwald: Die Lehre von den Naseneiterungen etc.
Internationales Centralblatt f. Laryngologie etc. IX. Jahrg., pg. 489.
Münch. med. Wochenschrift 1892, No. 47, 48. Ernst Winckler: Ueber das Empyem des Sinus frontalis.
Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1893, No. 5, pg. 131.
Deutsch. Med. Woch. (SA), 1890. M. Schäffer: Zur Diagnose und Therapie der Nebenhöhlen der Nase etc.
Wien. Medizin. Presse 1892, No. 36 ff. R. Dreyfuss: Die malignen Epithelialgeschwülste der Nasenhöhle.
Prager Med. Wochenschr. 1893, No. 7—9. L. Lichtwitz: Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis.
Schech: Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase.

Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser** (Breslau).

(Schluss zu No. 2, 1894.)

Unter den Fällen von typischer Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, bei denen die Operation vorgenommen wurde, weil deutliche objective und subjective Symptome auf eine schwere, auf keine andere Weise zu beseitigende Erkrankung des Knochens hinwiesen, sind folgende besonders bemerkenswerth:

1) S. D., 33 Jahre, Aufseher, erkrankte Ostern 1891 an einer heftigen linksseitigen Mittelohrentzündung, bei der auch starke Schmerzen hinter dem Ohre auftraten. Als er am 26. Juni in unsere Behandlung trat, war das Trommelfell geschlossen, aber geröthet und mit Schuppen bedeckt. Das Gehör war stark vermindert (Flüsterstimme am Ohr) und der Warzenfortsatz bei Druck auf die Spitze sehr empfindlich. Die sofort vorgenommene Paracentese des Trommelfells entleerte nur wenig Secret, jedoch entwickelt sich in den nächsten Tagen eine Mittelohrentzündung unter Nachlass der Schmerzen am Warzenfortsatz. Diese Besserung

Digitized by Google

hält aber nur kurze Zeit an. Nach ca. 3 Wochen sistirte die Eiterung, aber die Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes nahm zu, es stellte sich Schwellung auf demselben und der oberen Gehörgangswand mit Fieber ein, so dass am 2. August die Aufmeisselung gemacht wurde, bei welcher aus der Warzenhöhle reichlich Eiter und Granulationsmassen entfernt wurden. Fieber und Kopfschmerz verschwanden sofort. Allein nach 14 Tagen entwickelte sich ein Senkungsabscess in der Hinterhaupt-Nackengegend. Der Kranke ging in die chirurgische Klinik und wurde dort operirt. Einige Tage nach der Operation acquirirte er eine rechtsseitige Pneumonie, die er aber glücklich überstand. Am 3. Oct. kehrte er mit noch offener Fistel in unsere Behandlung zurück. Am 12. Novbr. wurde er von uns mit vollkommen geschlossener Fistel, nahezu normalem Trommelfell und einem leidlichen Hörvermögen (Flüsterstimme 3 Schritt) entlassen.

2) H. S., 2jähriger Comptoiristensohn, kam am 27. Octbr. 1892 in unsere Behandlung, nachdem er seit 8 Tagen über Schmerzen im linken Ohre, ohne Ausfluss, geklagt hatte. Die Untersuchung ergab ein wenig verändertes Trommelfell, dagegen Schwellung und Röthung im oberen Theil der Hinterohrgegend. Im Laufe der nächsten Tage kommt es zu einem Durchbruch durch's Trommelfell, es bildet sich unten eine Perforation, durch die reichlich Eiter abfliesst. Die Geschwulst hinten nimmt zu und fluctuirt. Am 6. Novbr. wird die Aufmeisselung vorgenommen, der Knochen zeigt sich in der Mitte etwas rauh, usurirt, aus der Tiefe werden granulöse Massen, aber kein Eiter entfernt, keine Communication. Nach 10 Tagen sistirte die Ohreneiterung vollkommen und dauernd. Am 9. Decbr. ist die Fistelöffnung geschlossen und der Kranke wird als geheilt entlassen.

Beachtenswerth erscheint in beiden Fällen die geringfügige, sei es vorübergehende, sei es verspätet eintretende Mittelohreiterung bei starker Betheiligung des Warzenfortsatzes. Auch ist bemerkenswerth, dass in dem zweiten Falle nach der Aufmeisselung die Mittelohreiterung sistirte, ohne dass eine Communication der Warzenhöhle mit der Trommelhöhle bei der Durchspülung zu erzielen war. Das Gleiche habe ich auch in einem privatim behandelten Falle beobachtet, wo bei einem 5monatlichen Kinde im Anschluss an einer heftigen mehrwöchentlichen Mittelohreiterung Entzündung des Warzenfortsatzes sich zeigte, dieser aufgemeisselt wurde, in ihm kein Eiter, wohl aber Granulationsmassen sich vorfanden, bei der Durchspülung fand keine Communication statt, aber doch hörte nach kurzer Zeit die Mittelohreiterung auf und nach ca. sechs Wochen war das Kind mit völlig geschlossenem Trommelfell vollkommen geheilt.

3) M. L., 20jähriges Mädchen, hat seit Jahren Ohrenfluss auf der linken Seite. Im Januar 1892 tritt Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes und Schwellung der oberen Gehörgangswand ein. Die Kranke lässt sich in ein Krankenhaus aufnehmen, aus welchem sie nach 4 Wochen gebessert entlassen wird. Anfang Februar besteht die Ohreiterung fort, die Kranke klagt über heftige Kopfschmerzen auf der linken Seite und der Gehörgang ist wieder stark geschwollen. Am 6. Februar wird die Aufmeisselung vorgenommen. Der Knochen erweist sich völlig gesund, beim Vordringen in die Tiefe stösst man nicht auf Eiter, aber von der

Digitized by Google

Hinterwand aus präsentirt sich eine weiche, blau aussehende Geschwulst, die nicht pulsirt; eine Probepunction ergiebt als Inhalt derselben dunkles, venöses Blut. Die Operation wird unterbrochen, die Wundhöhle tamponirt. Am nächsten Tage erkennt man an der Geschwulst deutliche Pulsation. Es handelt sich also um eine abnorme Vorlagerung des Sin. transversus, dessen Abstand vom vordern Rande des Warzenfortsatzes nur 8 Mm. betrug. Dennoch bessert sich das Allgemeinbefinden des Pat. erheblich, der Kopfschmerz ist verschwunden, der äussere Gehörgang schwillt ab. Das Trommelfell zeigt einen grossen Defect der unteren Hälfte und zahlreiche Granulationen an der hinteren und vorderen Wand. Dieselben werden entfernt und wiederholt mit Chromsäure geätzt. Nach einigen Wochen schliesst sich die Wunde hinter dem Ohr, auch die Otorrhoe lässt allmählig nach. Am 27. Juli 92 wird die Kranke entlassen. Das Ohr ist seit längerer Zeit trocken, der Trommelfelldefect besteht noch, aber die Paukenhöhlenschleimhaut ist blass und übernarbt, alle subjectiven Beschwerden sind verschwunden.

4) Hermann S., 50 Jahr, giebt an, von Jugend an auf dem linken Ohre taub zu sein, zeitweilig Kopfschmerzen auf der linken Seite zu haben; in der letzten Zeit ist auch Schwerhörigkeit rechts eingetreten. Die Untersuchung am 8. Juli 1883 ergiebt rechts einen Ceruminalpfropf, der linke Gehörgang ist im äusseren Theil obturirt durch eine von der vorderen Wand ausgehende breite Exostose, welche, die Hinterwand beinahe berührend, nur einen schmalen Spalt frei lässt; auch im rechten Ohr findet sich eine gleichgeartete Exostose, aber in viel schwächerem Grade. Ebenso zeigt sich auf dem linken Scheitelbeine eine grosse halbkugelige Knochenauftreibung. Es gelingt nach einiger Mühe, mit einem dünnen Wattetampon in die Tiefe des linken Gehörgangs einzudringen und schmierige, übelriechende Massen heraus zu befördern.

Das Gehörvermögen ist auf dem linken Ohr fast völlig geschwunden, auch die Knochenleitung ist sehr abgeschwächt. In den nächsten Wochen steigern sich die Kopfschmerzen erheblich, es treten Krampfanfälle und Fieber auf, auch zeigte sich hinter dem Ohre, nahe dem unteren Ende der Ohrmuschel, eine fluctuirende Geschwulst. Am 12. August wird die Aufmeisselung (in Gemeinschaft mit Dr. Heibrun) vorgenommen. Der Knochen erweist sich in grossem Umfange cariös, so dass auch die hintere Gehörgangswand in grossem Umfange weggenommen wurde; aus der Tiefe werden eine grosse Menge eitriger, übelriechender Massen entleert. Der Verlauf gestaltete sich sehr günstig, die grosse Wundhöhle wurde erst mit Jodoformgaze tamponirt, später aber, als sich Zeichen von Jodoformintoxication zeigten (Delirien), wird Sublimatgaze gewählt. Es zeigte sich nun, dass totaler Defect des Trommelfells vorlag. Im October 1892 trat bei dem Kranken ein linksseitiges pleuritisches Exsudat auf, das sich aber wieder spontan zurückbildete. Nach Verlauf von ca. 3 Monaten war der Heilungsprocess abgelaufen und es blieb hinten eine grosse offene Höhle, die direct in die Paukenhöhle führte; ihre Wände waren gut überhäutet. Gleichzeitig war die Exostose im linken äusseren Gehörgang vollständig verschwunden. Diese letztere Thatsache ist von besonderem Interesse. Lucae hat in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 17. Mai 1893 darauf hingewiesen, dass Exostosen im äusseren Gehörgang Folge chronischer Mittelohreiterung sein könnten

Digitized by Google

und nach Beseitigung derselben besonders durch Aufmeisselnng des Warzenfortsatzes verschwinden. Der obige Fall könnte zur Unterstützung dieser Anschauung dienen, wenn nicht die gleichzeitig am anderen Ohre und besonders die auf dem linken Scheitelbein bestehende Exostose doch die Auffassung derselben als congenitale nahe legte. Dazu kommt, dass nach Angabe des Pat. auch einer seine Töchter eine gleiche Knochenauftreibung am Schädel haben soll.

Unter den 4 ausgeführten Tenotomien des Tensor tympani zeigte sich in einem Falle ein eclatanter Erfolg. Bei einer 30jährigen Näherin, die seit langer Zeit an continuirlichem Sausen und Schwerhörigkeit (Flüsterstimme a. c.) auf dem linken Ohre litt und bei welcher eine starke Einziehung des Trommelfelles mit Kalkfleck im vorderen unteren Quadranten bestand, wurde am 16. Decbr. 1891 die Tenotomie des Tensor tympani ausgeführt. Sofort nach beendigter Operation gab die Kranke an, dass sie sich bedeutend erleichtert fühle und das Sausen verschwunden sei, auch eine geringe Besserung des Gehörs war nachzuweisen. Dieser Erfolg erwies sich als dauernd auch nach vollkommener Heilung der Trommelfellwunde, wie die Untersuchung am 2. April 1892 ergab.

Unter den Fällen nervöser Taubheit ist erwähnenswerth ein Fall bei einem 47jährigen Schlosser. der angab, nach starkem Plattenschlagen auf dem linken Ohr völlig taub geworden zu sein. Die Untersuchung ergab eine mässige Trübung des Trommelfelles und geringe Injection des Hammergriffes. Das Gehör auf dem linken Ohr war sowohl für die Sprache wie für Stimmgabeltöne völlig verloren, auch die Knochenleitung erschien links aufgehoben. Das rechte Trommelfell zeigte starke Trübung und auch hier bestand eine erhebliche Gehörsverminderung.

In einem zweiten Fall gab ein 27jähriger Schmied an, nach einem Schlage auf das linke Ohr sofort Schwerhörigkeit und Sausen empfunden zu haben. Die Untersuchung zeigte in beiden Ohren Ceruminalpfröpfe, deren Entfernung aber auf dem linken Ohre keine Besserung des Gehörs (Flüstern a. c.) herbeiführte. Auch die Knochenleitung war links vermindert. Weber rechts, Rinne positiv. Ferner zeigte sich die Perceptionsdauer auf dem linken Ohre erheblich verkürzt, während sie auf dem rechten Ohre sogar verlängert erschien. Dabei waren am Trommelfell nur geringfügige Veränderungen zu sehen. Im Laufe von 3 bis 4 Wochen trat eine allmählige Besserung des Gehörs ein, obwohl noch immer eine Abschwächung der Knochenleitung und eine geringfügige Verkürzung der Perceptionsdauer nachweisbar blieb.

Unter den Krankheiten des Kehlkopfes ist eine Gruppe als Laryng. juvenilis nodosa bezeichnet. Ich verstehe darunter die besonders häufig bei Kindern und jungen Leuten vorkommende Erkrankung des Kehlkopfes, bei welcher neben den Zeichen eines mehr oder minder heftigen Catarrhs sich an der Grenze des vorderen Drittels des freien Randes der Stimmbänder die bekannten kleinen, weissgelblichen Knötchen, gew. Sängerknötchen genannt, zeigen. Unter den beobachteten 9 Fällen sind 5 Knaben und 4 Mädchen, der jüngste ist ein 5jähriges, der älteste ein 15jähriges Mädchen. Der Verlauf ist immer ein chronischer, gewöhnlich verschwinden die Knötchen und damit die Heiserkeit im Laufe der Zeit von selber.

Digitized by Google

Bei der Aphonia spastica habe ich in 2 Fällen — bei einem 18jährigen Mädchen, die durch Schreck bei einer Feuersbrunst heiser geworden war und einem 14jährigen Zögling einer Waisenanstalt, der seit Jahren mit wechselnder Intensität heiser war — während der Phonation ausser dem krampfhaften Schluss der Glottis auch eine krampfhafte Contraction der äusseren Halsmuskeln beobachtet. Besonders bei dem Knaben sah und fühlte man die äusseren Halsmuskeln sich stark contrahiren. Der Knabe hat später auch hystero-epileptische Anfälle schwerer Art durchgemacht.

Erwähnenswerth ist ein Fall doppelseitiger Posticuslähmung bei einer 36jährigen Frau, die ausser einer starken Struma ein impermeables Carcinoma oesophagi hatte. Beide Stimmbänder standen in der Mittellinie unbeweglich. Die Respiration war sehr erschwert. Am 5. Juli 1892 bekam die Kranke während der Ordinationsstunde eine so schwere Asphyxie, dass sie sofort nach der chirurgischen Klinik geschafft werden musste, wo die Tracheotomie gemacht wurde. Später ist auch wegen der absoluten Undurchgängigkeit des Oesophagus die Gastrostomie mit gutem Erfolge ausgeführt worden. Die Frau erholte sich und konnte wieder ihren häuslichen Geschäften nachgehen. 1 Jahr später, da ich die Kranke wiedersah, befand sie sich leidlich wohl, musste aber durch die Trachealcanüle athmen und durch die Magenfistel ernährt werden. Ein Einblick in den Kehlkopf war durch massenhafte Schleimansammlung unmöglich.

Die zwei beobachteten Fälle von Rhino-Laryngosclerom bedürfen einer ausführlichen Mittheilung[1]):

1) Agnes Janucha, 26 Jahre alt, ledig, aus dem Kreise Zülz in Oberschlesien nahe der österreichischen Grenze, ohne hereditäre Belastung, hat als Kind mehrfach Drüseneiterungen am Halse durchgemacht, ist aber sonst stets gesund gewesen. Seit über 2 Jahren besteht Verstopfung der Nase und Heiserkeit. Die letztere verschlimmert sich im Laufe der Zeit und seit einiger Zeit macht sich Brustbeengung bemerkbar; neben der Heiserkeit besteht mässig starker Husten ohne Auswurf, das Allgemeinbefinden hat dabei nur sehr wenig gelitten. Die im Ganzen wohlgenährte Patientin zeigte im Novbr. 1892 eine ziemlich ausgeprägte Sattelnase, die aber äusserlich überall weich anzufühlen ist. Im Innern der Nase ist das vordere Ende der unteren Nasenmuschel beiderseits umgewandelt in einen harten, dicken, halbmondförmigen Wulst, welcher auf den Nasenboden übergreift. Dicht hinter diesen, den Naseneingang ringförmig verengenden Wülsten sitzt eine Vertiefung, die mit harten, schwer lösbaren, gelbbräunlichen Borken bedeckt ist. Die tieferen Theile der Nasenhöhle sind von ziemlich grossen Massen solcher übelriechenden Borken erfüllt, die Schleimhant der unteren und mittleren Muschel ist stark atrophisch. Im Nasenrachenraum findet sich zäher Schleim, die Choanen erscheinen eng, der hintere Theil der Scheidewand verdickt, höckrig, auch in der Gegend der Rachenmandel zeigt sich eine Verdickung, sonst ist der Rachen und Gaumen frei. — Am Kehlkopf er-

[1]) Beide Fälle wurden in der medicin. Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländ. Cultur vorgestellt und die Präparate und Culturen demonstrirt.

Digitized by Google

blickt man beiderseits unterhalb der Stimmbänder eine röthliche Geschwulst von der vorderen Commissur bis zur hinteren Larynxwand, nach hinten sich verbreiternd und links stärker entwickelt als rechts. Dadurch ist unterhalb der Stimmbänder ein Ring mit einem ziemlich engen, ovalen, unveränderlichen Spalt gebildet. Die Stimmbänder sind als weissliche Streifen, dem röthlichen Polster aufliegend, zu erkennen und beweglich. Die ringförmige Geschwulst reicht anscheinend ziemlich tief in die Trachea hinab, hat eine unebene, leicht höckrige Oberfläche. In der Tiefe der Trachea sieht man reichliche gelbliche, ausserordentlich fest haftende Borken. Die Taschenbänder sind etwas verdickt, die Aryknorpel und die Epiglottis normal. Häufig sieht man die Stimmbänder bei ruhiger Inspiration in lebhaften, sehr raschen, kleinen, zitternden Bewegungen. Schmerzen sind nicht vorhanden, dagegen besteht heiserer Husten, etwas stenotisches Athmen und sehr starke Heiserkeit. Am äusseren Halse sieht man einzelne Narben. Herz und Lungen sind frei, in dem spärlichen Auswurf keine Tuberkelbacillen nachweisbar. Die Kranke wurde zuerst mit Jodkali ohne jeden Erfolg, dann mit Schrötter'schen Bougies behandelt, wodurch der Glottisspalt etwas erweitert und die Athmung freier wurde. Zu einer eingreifenden Operation wollte sich die Kranke nicht entschliessen.

2) Marie Wannek, 26 Jahre, ledig, aus dem Kreise Leobschütz in Oberschlesien, nahe der österreichischen Grenze, erschien im Mai 1892 in der Poliklinik. Von ihren Geschwistern ist ein Bruder im Alter von 32 Jahren an Tuberculose gestorben. Mit 6 Jahren zog sie sich einen Gelenkrheumatismus zu, an dem sie — mit Unterbrechungen — über 1 Jahr laborirte, schliesslich aber vollkommen genas. Schon in früher Kindheit hatte sie öfter sehr heftiges Nasenbluten, später trat erschwerte Luftdurchgängigkeit der Nase auf. Seit dem 14. Jahre datirt eine Schwerhörigkeit besonders auf dem rechten Ohre. Seit $1^1/_2$ Jahren besteht eine an Intensität wechselnde, im Ganzen aber zunehmende Heiserkeit ohne Husten und ohne Abmagerung. Im August 1892 wurde folgender Befund aufgenommen: schlanker Körperbau, etwas bleiches Aussehen, die äussere Nase ohne Abnormität. In der Nase erscheint das vordere Ende beider unteren Muscheln höckrig und mit bräunlich gelben, fest anhaftenden Borken bedeckt, die sich auch nach vorn zu an der Aussenwand fortsetzen. Im Uebrigen ist in der im Ganzen etwas engen Nase nichts Abnormes zu sehen. Der Nasenrachenraum ist mit zähem Schleim erfüllt, die rechte Tubenmündung und zum Theil auch die rechte Choane durch weich anzufühlende Massen verdeckt, der übrige Rachen und der Gaumen sind frei. Im Kehlkopfe zeigen die Taschenbänder eine unebene, körnige Oberfläche, die Stimmbänder sind grauröthlich, etwas verdickt. Unter dem hinteren Ende des linken Stimmbandes tritt eine halbkugelige, blassröthliche Geschwulst hervor, in der Mitte etwas eingekerbt, bei der Phonation unter den Stimmbändern verschwindend. Auch unter dem rechten Stimmband ist eine, aber nur geringfügige, Verdickung wahrnehmbar. Die Stimmbänder sind frei beweglich, bewirken aber bei der Phonation keinen genügenden Schluss der Glottis. Beide Trommelfelle sind eingezogen und getrübt, das rechte zeigt im hinteren unteren Quadranten eine atrophische Stelle, das Gehör ist beiderseits erheblich vermindert. Lunge und Herz sind gesund. Bei der Kranken, die 8 Monate

Digitized by Google

lang in unserer Behandlung war, wurden mehrfach Stücken aus der Kehlkopfgeschwulst mit der Zange excidirt, auch eine galvanocaustische Zerstörung wurde vorgenommen, jedoch gewann die Geschwulst nach einigen Wochen wieder die alte Grösse. Die Heiserkeit wechselte, dagegen war in der Nase nach Auskratzung der mit Borken bedeckten Partien eine andauernde Besserung hergestellt.

Bei beiden Kranken wurden Geschwulstpartikel aus der Nase und aus dem Kehlkopf wiederholt excidirt und zur microscopischen und bacteriologischen Untersuchung von Herrn Cand. med. Georg Gottstein verwendet. Die microscopische Untersuchung ergab bei beiden Kranken eine kleinzellige Infiltration mit bindegewebigen Zügen. Die Kehlkopfstückchen, die naturgemäss näher der Oberfläche entnommen sind, lassen Wucherung des Epithels zum Theil in zapfenförmiger Weise erkennen. Mikulicz'sche Zellen gelang es nicht aufzufinden, dagegen zeigen sich vereinzelte colloide Zellen. Im Gewebe selbst waren nur an einzelnen Stellen wenig zahlreiche Bacillen zu Gesicht zu bringen. Dagegen gelang es aus dem Gewebssaft der mit allen Cautelen behandelten und durchschnittenen Stückchen, auch aus den Kehlkopfgeschwülsten, Culturen anzulegen, die sich sofort als Reinculturen erwiesen. Sie haben in Gelatine die bekannte Nagelform, auf Agar-Agar die Opalescenz und erwiesen sich unter dem Microscop äusserst ähnlich den Friedländerschen Pneumoniebacillen. Es wurden auch mit den aufgeschwemmten Culturen Impfversuche vorgenommen. Einspritzungen unter die Haut und in die Nasenschleimhaut blieben resultatlos. Dagegen brachte eine Einimpfung in die vordere Augenkammer eines Kaninchens eine entzündliche Gewebsbildung zu Stande. Zum Vergleich wurde einem anderen Kaninchen eine Cultur von Friedländer'schen Pneumoniebacillen in die vordere Augenkammer geimpft, wobei eine andersartige, viel heftigere Entzündung auftrat. Beide Thiere sind noch am Leben und soll später über das definitive Resultat berichtet werden.

Die Diagnose des Rhino-Laryngoscleroms stützt sich in beiden Fällen in erster Reihe auf den klinischen Befund: im Falle Janucha ausgesprochene Laryngit. hypoglottica chron. und circumscripte Knoten mit Borkenbildung in der Nase, im Falle Wannek allerdings weniger charakteristische, aber doch weder mit Tuberculose noch mit Lues zu vereinigende Veränderungen. Dazu kommt der Verlauf und der microscopisch-bacteriologische Befund. Wenn auch nicht sämmtliche für das Rhinosclerom bisher als erforderlich erachtete Merkmale nachzuweisen sind, so finden sich doch so viele und wichtige derselben vor, um die Auffassung als Rhinosclerom zu rechtfertigen.

Unter den Krankheiten des Rachens sei ein Fall von Retropharyngealabscess bei einem $1^1/_2$jährigen Mädchen erwähnt, das von auswärts mit erschwerter stenotischer Athmung zu uns gebracht wurde. Die Untersuchung ergab eine grosse glatte Geschwulst an der hinteren Rachenwand, tief nach abwärts reichend. Die Probepunktion zeigte Eiter und durch einen grossen Einschnitt wurde sofort eine Menge Eiter entleert und die Athmung des Kindes gebessert. Aetiologisch war nur luetische Vergangenheit des Vaters zu eruiren.

Unter den 32 Fällen von Rachensyphilis ist bemerkenswerth, dass in 9 Fällen der Nasenrachenraum betheiligt war. In 4 Fällen

Digitized by Google

waren im Rachen keine resp. keine deutlichen Zeichen von Lues vorhanden, erst die Rhinoscopia posterior enthüllte als Ursache der heftigen Schlingschmerzen mehr oder minder umfangreiche Geschwüre auf der nasalen Fläche des Gaumensegels oder am Rachendach. War das erstere ergriffen, so sah man bei einfacher Besichtigung des Rachens die orale Fläche des Gaumensegels geröthet, das letztere erschien stark infiltrirt und wenig beweglich. Jedenfalls zeigen diese Beobachtungen, dass der Nasenrachenraum mit zu den bei der Syphilis häufig ergriffenen Partien gehört und seine Untersuchung mittelst der Rhinoscopia posterior nie verabsäumt werden sollte. In 2 Fällen fanden sich luetische Geschwüre an der Zungenbasis.

Zwei Fälle von Abscess der Zungenbasis wurden beobachtet. Die Kranken klagten über heftige Schlingschmerzen, nach dem Ohre ausstrahlend, ohne dass eine genügende Ursache nachzuweisen war. Die genauere Untersuchung ergab ausser Drüsenschwellung aussen am Halse oberhalb des Kehlkopfes eine laryngoscopisch mehr oder minder deutlich nachweisbare circumscripte Schwellung des Zungengrundes. Bei der Palpation mit dem Finger erwies sich diese Stelle als besonders schmerzhaft, in dem einen Fall war deutliche Fluctuation zu fühlen. Durch Incision wurde Eiter entleert und die Beschwerden sofort beseitigt. In beiden Fällen bestand auch starker Speichelfluss.

In 2 Fällen konnte als Ursache einer angeblichen Haemoptoë eine Blutung aus dem Nasenrachenraum nachgewiesen werden, in welchem durch die Rhinoscopia post. die blutende Stelle gesehen wurde.

Unter den Nasenerkrankungen sei auf 3 Fälle von Rhinitis fibrinosa hingewiesen. 2 derselben wurden Ende Februar bei einem $4^1/_2$jährigen und 6jährigen Mädchen beobachtet. In beiden Fällen waren beide Nasenhöhlen mit membranösen Massen erfüllt, die mit der Pincette entfernt wurden; die darunter liegende Schleimhaut war geröthet, leicht blutend, aber nicht ulcerös, in dem einen Falle bestand mässiges Fieber, sonst keine nennenswerthe Störung des Allgemeinbefindens, keinerlei Erscheinungen im Rachen oder an den Mandeln. In dem einen Falle war durch das reichliche Secret die Oberlippe stark erodirt und geschwollen. Beide Fälle hatten einen langwierigen, über 4 Wochen ausgedehnten Verlauf, indem sich trotz aller antiseptischen Reinigung immer wieder die Membranen bildeten. Die microscopische Untersuchung ergab: Fibrinmassen, reichlich mit Eiterkörperchen durchsetzt, und nur spärliche Bacterien. Der dritte Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, das wegen vergrösserter Rachenmandel in Behandlung kam und bei welchem im mittleren Theil der Scheidewand rechterseits sich ein abziehbarer, weisslicher, fibrinöser Belag zeigte, gegenüber auf der unteren Muschel fand sich ein gleicher, etwas kleinerer Belag. Die Schleimhaut darunter war geröthet, leicht blutend. Am nächsten Tage hatte sich der Belag erneuert, aber nur in geringem Umfange, und am darauf folgenden Tage war der Belag völlig verschwunden.

Die 2 Fälle von isolirten Neubildungen am Septum betreffen einen 62jährigen Mann und ein 21jähr. Mädchen. Beide kamen wegen heftigen, sich seit einiger Zeit täglich wiederholenden Nasenblutens in Behandlung. Im ersten Falle sah man in der linken Nasenhöhle vorn unten am Septum eine gestielte, frei bewegliche, leicht blutende, kleine

Digitized by Google

Geschwulst, die sich leicht abschnüren liess, nach 4 Wochen aber wieder gewachsen war; es wurde jetzt durch tiefe Cauterisation mit dem Galvanocauter definitive Heilung erzielt. Im zweiten Falle sass der zapfenförmige Tumor an der linken Seite am unteren Rande des Septum vorn fast auf dem Boden der Nasenhöhle und zeigte oberflächliche Ulceration. Der Tumor wurde abgeschnürt und es trat in den nächsten Monaten kein Recidiv ein. Die microscopische Diagnose beider Geschwülste lautete auf Angiom.

Bei der Behandlung der Ozaena wurde in einer Reihe (15) von Fällen die insbesondere von Braun und Laker empfohlene Schleimhautmassage entsprechend den Vorschriften des Letzteren angewendet. Um ein einigermassen sicheres Urtheil über die Wirksamkeit dieser Methode zu erhalten, wählte ich solche Fälle aus, in denen die Erkrankung beide Nasenhälften annähernd gleichmässig stark betraf, was ja bei der Ozaena nicht ungewöhnlich ist. Es wurden dann täglich beide Seiten in gleicher Weise sorgfältig mechanisch mittelst Pincette und Watte gereinigt und dann nur die rechte Seite massirt, während für die linke Seite jede weitere Behandlung unterblieb. Es ergab sich nun, dass der Massage als solcher keinerlei günstige therapeutische Wirkung zukomme, wenn auch die Behandlung viele Wochen bis 3 Monate lang fortgesetzt wurde. Die massirte Seite zeigte in keiner Weise dauernd ein besseres Aussehen, als die nicht massirte. So lange beide Seiten sorgfältig gereinigt wurden, war die Borkenbildung meistens geringfügig; wurden die Kranken sich selbst überlassen, so kehrte bald der frühere Zustand wieder zurück.

Bessere Resultate lieferte dagegen die Schleimhautmassage bei der Behandlung der hypertrophischen Form der Rhinitis.

Schliesslich sei noch erwähnt ein Fall von Struma migrans bei einem 35jährigen Kellner. Beim Husten trat rechts unterhalb des Kehlkopfs eine runde, ziemlich harte, etwa kleinapfelgrosse Geschwulst hervor. Patient giebt an, früher einen Kropf gehabt zu haben und seit $^3/_4$ Jahren diese bewegliche Geschwulst bemerkt zu haben, durch welche er an Athemnoth besonders beim Gehen und Stehen leide. Man konnte am sternalen Ende der Clavicula bis zur 2. Rippe die Geschwulst durch Percussion nachweisen. Von anderer Seite wurde eine electrolytische Behandlung des Tumors versucht, derselbe wurde zwar kleiner und härter, da aber die Athembeschwerden fortdauerten, fand sich Pat. zur Operation bereit, die mit gutem Erfolge in der chirurg. Klinik ausgeführt wurde.

Unter Inspiratio nervosa verstehe ich die in diesem Falle bei einem 5jährigen Knaben beobachtete Erscheinung, dass derselbe ohne nachweisbare Ursache und ohne irgend welche krankhafte Veränderungen an den Respirationsorganen ziemlich regelmässig nach mehreren normalen Respirationen eine langgezogene seufzende Inspiration ausführt. Es ist ein rein hysterisches Phänomen, das nur bei Tage, niemals im Schlafe auftritt und mit der Zeit, besonders durch psychische Beeinflussung, verschwindet.

Digitized by Google

II. Referate.

a) Otologische:

Ein Fall von Taubheit nach Kohlenoxydvergiftung. (Nach einem Vortrage in der otologischen Sektion der LXV. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.) Von Dr. R. Kayser in Breslau. (Separ.-Abdruck aus der „Wiener medic. Wochenschrift" No. 41, 1893.)

Alteration des Gehörorganes durch CO-Intoxication wurde bisher nur von Haug in der Form von Labyrinthhyperämie erwähnt. K. beobachtete folgenden Fall: Eine 36jährige Frau erlitt in der Nacht vom 12. zum 13. Dezbr. 1892 mit ihrer 11jährigen Tochter eine CO-Vergiftung. Am Morgen wurde letztere als Leiche, die Mutter bewusstlos aufgefunden. Nach 36 Stunden erwachte sie, war vollkommen taub und hatte heftiges Ohrensausen. In den ersten Tagen bestand maniakalische Erregung mit Gehörshallucinationen. Nach 4 Wochen wurde sie gebessert aus dem Spitale entlassen, mit noch hochgradiger Schwerhörigkeit und Ohrensausen. Ausserdem bestand Herabsetzung des Sehvermögens und Gefühl der Schwere in den Beinen. Vorher hatte Pat. stets gut gehört, Zeichen von Lues waren nie vorhanden. Als K. am 18. Jan. 1893 die Patientin zum erstenmale sah, war sie sonst gesund und klagte nur über Schwerhörigkeit und continuirliches Ohrensausen. Die Trommelfelle waren normal, Flüsterstimme ward beiderseits kaum unmittelbar neben dem Ohre gehört, tiefe Stimmgabeltöne werden durch die Luft, hohe (von C_4 ab) aber nicht wahrgenommen. Knochenleitung abgeschwächt. Rinne beiderseits positiv. Die Perceptionsdauer durch Knochenleitung für Stimmgabeltöne im Vergleiche zu Normalhörenden deutlich verkürzt. Der gut ausführbare Katheterismus vermindert nur wenig das Sausen, gar nicht die Schwerhörigkeit.

Faradisation am Kopfe führte bald Besserung des Gehörs und Nachlass der subjectiven Geräusche herbei. Am 27. August 1893 war das Gehör erheblich besser, Flüsterstimme wird rechts 20 Ctm., links 40 Ctm. weit gehört, das Sausen geschwunden, hohe Stimmgabeltöne werden durch die Luft nur schwach wahrgenommen. Rinne positiv, Perceptionsdauer rechts noch verkürzt.

Die in diesem Falle zweifellos stattgehabte Affection des schallempfindenden nervösen Gehörapparates stellt K. in eine Reihe mit den sonst durch CO hervorgerufenen Erscheinungen des centralen und peripheren Nervensystemes.

Die durch CO hervorgerufene Sauerstoffentziehung erscheint für die Erklärung der nervösen Erkrankungen nicht ausreichend. Klebs' Ansicht erscheint K. am begründetsten: directe Einwirkung des CO auf die Gefässwand, Degeneration derselben, Gefässerweiterung, hämorrhagische Necrose und Extravasatbildung. Um letztere dürfte es sich auch im vorliegenden Falle handeln, in welchem es besonders interessant ist, dass die Gehörsaffection als die einzige lang anhaltende Wirkung der CO-Vergiftung erschien. Hitschmann.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Bemerkung über eine seltene Art von Myxoma nasal. (Note sur une variété rare de myxome nasal.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. VI No. 6, Novbr.—Decbr. 1893.)

Myxom in der Tiefe des mittleren Nasenganges linkerseits bei einem 28 Jahre alten Manne. Entfernung mit der Curette unter sehr beträchtlicher Blutung. Der genauen Beschreibung der Neubildung, welche eine abnorm reichliche Entwickelung der vasculären Elemente erkennen liess, sind sehr instructive Abbildungen beigegeben. Beschorner.

Nasendouche oder Naseneinspritzung? (Douche nasale ou injection?) Von Dr. W. B. Dalby. (Lancet 1892, December und Revue de laryngol. No. 19, 1893.)

Verf. räth, nie die Nasendouche, sondern immer die Nasen-Einspritzung zu gebrauchen; man soll den Krankenwärtern und den Pat. letztere lehren; es könne nie eine unangenehme Folgeerscheinung auftreten, während bei dem Gebrauch der Douche oft Mittelohrentzündungen entständen.

(Verf. scheint zu übertreiben; bei verständigen Patienten bringt der Gebrauch der Nasendouche nie unangenehme Folgen, wohl aber bei unbändigen Kindern, wenn selbe mit Gewalt ausgeführt wird; in solchen Fällen ist das Einspritzen vorzuziehen. Ref.) Dr. P. K.

Beitrag zum Studium der Nasen-Eiterungen. (Contribution à l'étude des suppurations nasales. Periostite purulente des cornets consécutive à la carie dentaire.) Von Dr. R. Dreyfuss in Strassburg. (Arch. internat. de Laryngolog. etc., Bd. VI, No. 6, November—December 1893.)

Bemerkenswerth in dem eine 28 Jahre alte Dame betreffenden Falle, welche sich mit einer schmerzhaften Anschwellung der linken Wange, nahe der Nase präsentirte, war nur die ausserordentlich hochgradige Infiltration der linken unteren Nasenmuschel mit Fistelbildung durch die Schleimhaut. Heilung erfolgte nach Extraction des Stumpfes vom II. kleinen Mahlzahne und Ausspülungen des Sinus maxillaris durch die mit demselben communicirende Zahnalveole. Beschorner.

Ueber Rhinosclerom. Ein Fall von hysterischer Stummheit. Papillome des Larynx. Von Dr. Kayser. (Nach einem in der medicinischen Section der Schles. Gesellschaft für vaterl. Cultur am 3. Februar 1893 gehaltenen Vortrage.)

Die Fälle von Rhinosclerom wurden bereits oben näher besprochen, ebenso der Fall von hysterischer Stummheit.

Papillome des Larynx. Der 31jährige Patient war schon als Kind längere Zeit heiser. 1891 wieder heiser geworden, zeigte er mässige Röthung der Stimmbänder und am vorderen Ende des linken Stimmbandes eine grau-weissliche, halbbohnengrosse Geschwulst, breit aufsitzend und glatt. Nach deren operativer Entfernung recidivirte sie und es traten neue Wucherungen in der Umgebung und im Sommer 1892

Digitized by Google

auch auf der laryngealen Fläche der Epiglottis auf. Operation erzeugte vorübergehende Besserung, bald aber traten neue Recidive auf. Endlich im Januar 1893 hörte das Nachwachsen der Geschwulst nach Entfernung von ca. 50 kleineren oder grösseren Stücken durch 27 Operationen auf. Die microscopische Untersuchung der Stücke ergab das deutliche Bild eines Papillomes resp. einer Pachydermia verrucosa. Trotzdem bekannt ist, dass sich die Papillome, die sich durch eine grosse Recidivirungsneigung auszeichnen, spontan zurückbilden können, hält K. es nicht für erlaubt, von allen operativen Eingriffen abzusehen, weil häufig im Stadium des üppigen Wachsthums das ganze Kehlkopfinnere von Geschwülsten erfüllt ist und Erstickungsgefahr eintreten kann. Hitschmann.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Vollständige Adhärenz des Gaumensegels. (Adhérence totale du voile du palais.) Von Dr. Couetoux. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Ein 32jähriger Metzger zeigt totale Verwachsung bis auf eine ganz kleine Fistel, welche wenige Tropfen Flüssigkeit, aber gar keine Luft durchliess. Verf. beschreibt seine Operationsmethode und kommt zu dem Schluss, dass eine Operation ohne zugleich eingesetzten prothetischen Apparat ohne Zweck ist. Dr. P. K.

Myxödem mittelst Nahrung mit frischer Glandula thyroidea behandelt. (Myxoedème traité par l'alimentation avec la glande thyroide fraiche.) Von Dr. Creswell Baber. (Société laryngologique de Londres, Mai 1893 und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Verf. legt die Photographie einer 50jährigen Dame vor, welche seit 10 Jahren mit Myxödem behaftet ist; relative Heilung. In derselben Sitzung stellt Dr. Clifford Beale einen Fall von Myxödem vor, welcher mit kleinen Dosen von einem Glycerinextract der Schilddrüse behandelt worden war; es entstanden hier ebenfalls Respirationsbeschwerden, welche meist vom Larynx ausgingen; die Haut war dabei auffallend trocken. Dr. P. K.

Tabes dorsalis; doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer mit Lähmung der Thyroarytaenoidei interni von zwölfjähriger Dauer. (Tabes dorsal; paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte avec paralysie des tenseurs internes de plus de douze ans de durée.) Von Dr. F. Semon. (Société laryngologique de Londres, Mai 1893 und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Bei einem 62jährigen Fischhändler besteht seit 25 Jahren Tabes mit folgender Lähmung der Cricoarytaenoidei postici; in letzterer Zeit hat sich eine Lähmung der Thyroarytaenoidei interni hinzugesellt. Der Fall beweist folgende Thatsachen: 1) Die Lähmung der Cricoarytaenoidei postici kann sehr lange bestehen; 2) die seit 1881 eingetretene Lähmung der Thyroarytaenoidei interni beweist, dass letztere Muskeln nach den Glottiserweiterern am frühzeitigsten bei Tabes befallen werden, wie Verf. und Berger früher dargethan haben; 3) weil bei der Medianstellung der Stimmbänder die Lähmung der Thyroarytaenoidei eine wirkliche primäre

Digitized by Google

Lähmung deutet und nicht eine primäre neuropathische Contractur; 4) weil bei bestehender Atrophie und fettiger Degeneration der Cricoarytaenoidei postici der Patient hohe und tiefe Töne hervorbringen kann, was er bei bestehendem Krampfe nicht könnte. Dr. P. K.

Ueber die Angina pseudomembranacea mit Pneumococcen. (Les angines pseudomembraneuses à pneumocoques.) Von Dr. Jaccoud. (Semaine médicale No. 47, 1893.)

Obgleich selbe Anfangs nicht, sondern erst nach der bacteriologischen Untersuchung von wahrer Diphtheritis zu unterscheiden ist, so muss man selbe von Anfang an als Diphtheritis behandeln. Diese, vom Verf. 1891 zum ersten Male beschriebene Krankheit hat eine bessere Prognose, als wahre Diphtheritis. Verf. giebt die genaue Beschreibung, sowie die Differentialdiagnose. Dr. P. K.

Inverse Bewegung der Stimmbänder. (De l'action inverse des cordes vocales.) Von Dr. M. Scheier in Berlin. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IV, No. 6, Novbr.—Decbr. 1893.)

Fall, eine 43 Jahre alte Arbeiterfrau betreffend, welche seit 1 Jahre an zeitweilig auftretenden Erstickungszufällen litt, die sich während ihres Aufenthaltes im Krankenhause öfter wiederholten. Es bestand ein laryngealer inspiratorischer Stridor, der sich Nachts verstärkte und nur nach Morphium ruhiger Athmung wich. Während an der Kranken eigentliche Organstörungen nicht nachgewiesen werden konnten, zeigte die laryngoscopische Untersuchung, dass bei jeder Inspiration sich die Stimmbänder einander näherten, während sie sich bei jeder Exspiration von einander entfernten. Bei der Inspiration legten sich aber die Stimmbänder nicht ihrer ganzen Länge nach aneinander, sondern es blieb am hinteren Ende der Glottis, der Pars cartilaginea entsprechend, ein dreieckiger Spalt über, also es bestand eine Lähmung des M. arytaenoid. transvers. Die Sensibilität in Larynx und Pharynx schien rechts etwas herabgesetzt. Bromkali, electrische Ströme, Cocain, Gymnastik hatten keinerlei Einfluss. Einmal musste während eines Anfalls intubirt werden. Zeitweilig schwanden alle Beschwerden wie auf einen Schlag. Das laryngoscopische Bild wurde normal, bis plötzlich alle Krankheits-Erscheinungen wiederkehrten.

Autor glaubt, dass Hysterie als ursächliches Moment der Affection anzusehen sei. Beschorner.

Infection durch den Streptococcus während der Influenza. (Infection par la streptocoque au cours de la grippe.) Von Dr. Hanot. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance de Juillet 1893 und Semaine médicale No. 45.)

Der erste Fall betrifft einen 18jährigen Mann, welcher im Verlaufe eines typhösen Influenza-Anfalles von Bronchopneumonie mit pleuritischem Exsudat nebst Meningitis basilaris befallen wurde und starb. Der zweite Fall betrifft einen 25jährigen Mann, welcher im Verlauf eines typhösen Influenza-Anfalles infectiösen Pseudorheumatismus bekam; Eiterung der Articulatio scapulo-humeralis mit Eitersenkung in die Scheide des Deltoideus und Pectoralis major; grosser Abscess der Regio sacro-glutaea. Der Kranke genas und im Eiter konnte man den Streptococcus nach-

Digitized by Google

weisen. Bei dem ersten verstorbenen Patienten war die Infection eine allgemeine; der Streptococcus konnte in dem pleuritischen Exsudat, in der Leber, in der Lunge, in der Milz u. s. w. nachgewiesen werden.

Der Streptococcus muss also als hauptsächlichste Ursache der secundären Infectionen während der Influenza angesehen werden.

Dr. P. K.

Pachydermia laryngea. (Pachydermie du larynx.) Von Dr. F. Semon. (Société laryngologique de Londres 1893, Mai, und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Ein 42jähriger Advokat und ein 52jähriger Clergyman hatten die typische Form am Processus vocalis des linken respective des rechten Stimmbandes; die Bewegungen der Stimmbänder waren nicht beeinträchtigt und die Stimme kaum verändert; die Krankheit besteht seit drei Monaten respective einem Jahre. Ruhe, Jodkalium, Eis innerlich helfen gewöhnlich. Operative Eingriffe sind zu verwerfen wegen der oft nachher entstehenden Perichondritis. Die Krankheit wird durch fortgesetzte Excesse, namentlich in baccho unterhalten. Sie tritt sowohl linksseitig als rechtsseitig auf, gewöhnlich in der Gegend des Processus vocalis; die kraterförmige Vertiefung in der Mitte, sowie die ungestörte Beweglichkeit der Stimmbänder sind pathognomonische Symptome.

Dr. P. K.

Bacteriologische Untersuchungen über den Mumps. (Recherches bactériologiques sur les oreillons.) Von Dr. Laveran und Dr. Catrin. (Société de Biologie de Paris, Séance du 20 Mai 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Der von den Autoren beschriebene Diplococcus wurde bei 92 mit Mumps befallenen Kranken 67 Mal, d. h. bei 72 pCt. gefunden; der Microb wurde im Exsudat der Parotis, des Hodens, im Blute, im Unterhautödem und in zwei Fällen von Arthritis gefunden. Da die Punction der Parotis und des Hodens in manchen Fallen gar keine Flüssigkeit ergab, so erklärt sich das in 25 Fällen ergebene negative Resultat. Das Experiment an Thieren misslang; da man kein Thier kennt, welches Mumps bekommen kann, so erklärt sich das negative Resultat des Thierexperimentes recht gut.

Dr. P. K.

Larynxexstirpation ohne vorhergegangene Tracheotomie. (Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable.) Von Dr. Périer. (Académie de méd. de Paris, Juli 1893 und Semaine méd. No. 47, 1893.)

Chloroformnarcose trotz der bedeutenden Verengerung. Die Trachea wurde mit zwei Fäden nach oben und vorne heraufgezogen und dann quer durchschnitten; dann wurde eine mit einem langen Kautschukrohr versehene Canüle eingeführt, durch welche man die Anästhesie fortsetzte. Dann wurde der Larynx als Ganzes entfernt, nur der gesunde obere Theil der Epiglottis wurde zurückgelassen. Dann wurden beide Fäden entfernt und der obere Rand der durchschnittenen Trachea an der Hautwunde angeheftet. Nach oben wurde eine Oeffnung erhalten, um nachher einen künstlichen Kehlkopf einsetzen zu können. Patient ist bis jetzt wohl.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Hydatidencyste der Lunge; Pleurotomie mit nachheriger Excision; Heilung. (Kyste hydatique du poumon; pleurotomie suivie d'excision ultérieure; guérison.) Von Dr. H. Delagenière. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 7 Juni 1893 und Semaine médicale No. 37, 1893.)

Links Seitenstechen mit Urticariaausschlag; die Untersuchung nebst Exploralivpunction ergaben ein linksseitiges, ziemlich bedeutendes, grünlich flüssiges Exsudat. Schnitt im siebenten Intercostalraum, Verwachsung der Lunge mit der Pleura costalis, der Schnitt wurde einige Centimeter in der Tiefe fortgesetzt, bis man in eine Höhle gelangte. Drainage. Während der folgenden Tage entleerten sich Hydatidenreste. Sublimatinjectionen brachten keine Heilung. Der äussere Schnitt wurde nun vergrössert und es wurde die Resection von drei Rippen vorgenommen: 12 Ctm. der 7. und 8. Rippe nebst 10 Centimeter der 6. Rippe wurden entfernt; die Tasche, welche faustgross war, konnte nun entfernt werden. Heilung. Dr. P. K.

Ein bei Lungentuberculose durch supraclaviculares inspiratorisches Einsenken gegebenes Symptom. (Sur un signe fourni par la dépression inspiratoire susclaviculaire, dans la tuberculose pulmonaire.) Von Dr. L. Révillet. (Semaine médicale No. 57, 1893.)

Die Schlussfolgerungen der Arbeit sind folgende: 1) Das auf einer Seite mehr als auf der anderen ausgeprägte inspiratorische Einziehen ist ein pathognomonisches Zeichen von tuberculöser Spitzenpleuritis; 2) es besteht nicht immer; es fehlt nämlich bei zugleich bestehender diaphragmatischer Pleuritis oder bei zugleich vorhandener seitlicher, mit ausgedehnten Verwachsungen einherlaufender Pleuritis; 3) das Symptom kann bei Heilung der Pleuritis und Resorption der Membranen verschwinden; 4) beim Beginn einer Lungentuberculose bestehend, kann man hoffen, dass die Krankheit auf die Pleura beschränkt bleibt, und ist die Prognose günstiger. Dr. P. K.

Perilaryngealer Abscess vertebralen Ursprunges. Pott'sche Krankheit der Cervicalwirbel. Laryngeale Erstickungserscheinungen als erstes Symptom der Knochenerkrankung. (Abcès périlaryngé d'origine vertébrale. Mal de Pott cervical. Manifestations laryngées et signes asphyxiques, premiers signes révélateurs de l'affection osseuse.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Société des laryngologistes et otologistes belges, 4. Juni 1893 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Dysphagie; Athembeschwerden, welche die schnelle Tracheotomie erheischten; Eiterentleerung vor der Eröffnung der Trachea; Eröffnung der Trachea und Einsetzen der Canüle vor der Trachea (!); trotzdem Erleichterung. Entfernung der Canüle nach 24 Stunden, antiseptischer Verband. Besserung. Nach zwei Wochen Symptom der Pott'schen Krankheit: Schmerz, Gürtelgefühl, Paraplegie, Harnretention, Reflexverlust. Tod unter starken thoracischen und cervicobrachialen Schmerzen und Asystolie. Section ergab Caries der 3 letzten Cervicalwirbel und intacten Larynx. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber den therapeutischen Werth der Kohlenhydrate im Allgemeinen und des Vasogen Klever im Besonderen, mit besonderer Anwendung bei der Behandlung der Krankheiten des Respirationstractus, namentlich der Tuberculose. (De la valeur thérapeutique des hydrocarbones en général, spécialement des „vasogènes Klever (oxyvaseline)", avec applications spéciales au traitement des maladies respiratoires, notamment de la tuberculose.) Von Dr. Bayer. (Communication faite à la 4ème réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Gand, Juni 1893, und Revue de laryngol. No. 14, 1893.)

Die Kohlenhydrate wurden schon im Alterthum gebraucht, sind aber später in Vergessenheit gerathen; die Vasogene sind nichts anderes als mit Sauerstoff getränkte Kohlenhydrate. Verf. hat das Vasogen mit Menthol, mit Jodoform, mit Creosot, mit Ichthyol, mit Creolin, mit Camphor, mit Terpentin, mit Eucalyptus und mit Pyoctanin angewandt. Diese Präparate wurden auf der Haut, auf den Schleimhäuten, innerlich und in der Chirurgie angewandt: Auf der Haut interessirt uns am meisten die günstige Wirkung der Einreibungen mit Vasogen und Creosot bei tuberculösen Processen. Auf den Schleimhäuten bestand die Anwendung in Einreibungen, Injectionen, Pulverisationen und Gurgeln; angewandt wurden mit dem Vasogen Menthol, Jodoform, Creosot, Creolin mit dem besten Erfolge. Die interne Behandlung bestand blos in Vasogen mit Creosot bei Tuberculose und Bronchitis mit Asthma und Husten; der Erfolg war besser, als bei der endermatischen Methode. In der Chirurgie wird das Vasogen mit Jodoform mit dem besten Erfolge angewandt.

Dr. P. K.

III. Kritik.

Handbuch der Ohrenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Schwartze, Königl. preuss. Geh. Medicinalrath und Director der Königl. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. II. Band. Mit 177 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1893. (Schluss.)

Bei der Exostosenoperation führt Verf. zunächst die Indicationen an, und zwar:

„1) wenn die Exostose den Gehörgang fast verschliesst, mit Mittelohreiterung complicirt ist und bereits Zeichen von Eiterretention vorhanden sind."

„2) wenn beide Gehörgänge durch Exostosen völlig oder fast völlig verlegt sind und dadurch hochgradige Schwerhörigkeit herbeigeführt ist;"

„3) wenn es bei einseitiger Exostosenbildung zur Ulceration der Haut und zur Granulationsbildung gekommen ist;"

„4) wenn bei einseitiger Exostosenbildung mit dadurch bedingter hochgradiger Schwerhörigkeit das zweite Ohr aus anderen Ursachen unheilbar taub ist."

So sehr wir die letzten drei Indicationen in ihrer ganzen Bedeutung acceptiren, so können wir andererseits der Einengung, welche die sub 1 angeführte Indication durch den Nachsatz „und bereits Zeichen von Eiterretention vorhanden sind", nicht zustimmen. Wir glauben, dass man es bis zum Eintritt der Eiterretention nicht kommen lassen darf und

Digitized by Google

dass man in allen Fällen, wo die Exostose den Gehörgang fast verschliesst, wenn Mittelohreiterung, namentlich chronische Mittelohreiterung besteht (um die stete Gefahr der Pyämie abzuwenden), ehestens die Operation vorzunehmen hat. Dass übrigens nicht allein die Mittelohrentzündung, sondern auch Entzündung im äusseren Gehörgange, wenn sie Otorrhoe erzeugt, bei derartigen Exostosen dieselbe Bedeutung haben kann, und gerade so die Indication für die Operation geben kann, leuchtet wohl ein. — Was Verf. über die Operationsmethoden, sowie über die Nachbehandlung sagt, wird gewiss den Beifall aller Jener finden, welche auf diesem Gebiete Erfahrung besitzen.

Bei der operativen Entfernung der Fremdkörper aus dem Ohre wird zunächst die Entfernung nach Ablösung der Ohrmuschel und die von Gruber zuerst empfohlene Abmeisselung der hinteren oberen Gehörgangswand besprochen. Bei Einkeilung des Fremdkörpers in der Paukenhöhle soll bei günstigen Verhältnissen im Gehörgange die Abmeisselung des knöchernen Trommelfellringes vom intacten Gehörgange aus (Kessel) gemacht werden. Den Vorschlag Zaufal's: in Fällen, wo Schwellung der Gehörgangshaut, besonders der oberen und hinteren Wand, das Hinderniss für die Entfernung abgiebt und Indicatio vitalis besteht, Theile des häutigen Gehörganges zu exstirpiren, um sich dadurch den Zngang zur Paukenhöhle zu verschaffen, wird gleichfalls erörtert. Den vor nahezu 30 Jahren von Gruber gegebenen Rath, solche Fremdkörper, welche ohne weitere Gefahr für den Organismus getragen werden können, wenn sie sonst nicht lästige oder gar gefährliche Erscheinungen veranlassen, im Ohre zu belassen, wenn sie nicht ohne tief eingreifende Operation zu entfernen sind, stimmt Verf. bei.

Die Paracentese des Trommelfells findet Verf. angezeigt: I. zur Entleerung von Exsudatanhäufungen in der Paukenhöhle; II. zur Hörverbesserung bei Spannungsanomalien des Trommelfells; III. als antiphlogistisches Mittel bei Myringitis acuta, wo eine hochgradige Schwellung des dunkelblaurothen Trommelfells am stärksten im hinteren oberen Quadranten besteht neben unerträglichen Schmerzen; IV. als diagnostisches Hilfsmittel, wo die Diagnose auf Exsudatanhäufung in der Paukenhöhle zweifelhaft bleibt, bei Obliteration derselben durch Bindegewebswucherung, bei Ankylose des Hammer-Ambosgelenkes, bei Verwachsung der Tuba Eustachii; ferner als vorbereitende Operation zur Tenotomie des Tensor tymp., zur Trennung von Synechien des Trommelfells, zur Entfernung intratympanaler Polypen.

Unter diesen Indicationen ist die sub III angeführte nach Ansicht des Ref. nicht ganz unanfechtbar. Bekanntlich empfahl Gruber bei derartigen sehr schmerzhaften Trommelfellentzündungen die Scarification der Weichgebilde in der nächsten Nähe des Trommelfells, zunächst an der oberen und wenn nöthig auch an anderen Wandungen des Gehörganges. Auf diese Weise werden, wenn die Schnitte senkrecht auf die Längsaxe der Gehörgangswand geführt werden, sowohl zu- als abführende Blutgefässe des Trommelfells, bevor sie die Membran erreichen oder sie als Venen bereits verlassen haben, durchtrennt; die Depletion kann auf die Weise erzielt werden, ohne die Membran selbst zu durchtrennen und der Erfolg ist gewiss kein geringerer, als wenn die Membran selbst durchtrennt wird.

Digitized by Google

Die Furcht des Verfassers vor den tenotomartigen Instrumenten zur Paracentese können wir nur aus dem Umstande erklären, dass Verf. immer mit Lanzennadeln operirt. Referent hat gewiss mehrere tausend Male mit dem Gruber'schen tenotomartigen Myringotom operirt und Andere operiren gesehen, ohne auch nur ein Mal das unangenehme Ereigniss einer erheblichen Verletzung der Trommelhöhlenschleimhaut zu beobachten, während er andererseits öfter bei Benutzung von Lanzennadeln, wenn der Kranke etwas unruhiger war, unregelmässige Schnittwunden beobachtete. Der geübte Operateur wird mit jedem der bekannten Instrumente die Operation leicht und kunstgerecht vollführen, für den Nichtgeübten halten wir das tenotomartige Myringotom für handlicher. Ref. ist der Meinung, dass mit den letztgenannten Instrumenten die Schnittwunde viel leichter in der entsprechenden Länge ausgeführt werden kann, und thatsächlich befindet sich ein eigenes, vorn abgerundetes Dilatationsmesser, dessen Gebrauch Verf. bei zu klein ausgefallener Schnittwunde empfiehlt, in seinem Instrumentarium gar nicht vor.

Bei Schilderung der Durchschneidung der pathologischen hinteren Trommelfellfalte vermissen wir die von Gruber empfohlene parallele Durchschneidung, welche bei starker Schrumpfung des hinteren Trommelfellsegmentes, wie eine solche bei lange bestehender Einziehung der Membran mit starker Verschiebung des Hammergriffes nach hinten oft beobachtet wird, ungleich mehr leistet, als die senkrechte Durchschneidung. Erwähnenswerth wäre auch gewesen die mehrfache Durchschneidung der hinteren Falte, wie sie der genannte Kliniker empfahl und die zuweilen mit mehr Nutzen, als die einfache Durchschneidung geübt wird.

Die Tenotomie des Tensor tympani und Stapedius muss, wie auch Verfasser anzunehmen scheint, noch lange versucht und in ihren Resultaten studirt werden, bevor ein endgiltiges Urtheil über deren Werth abgegeben werden kann. Dass Weber-Liel s. Z. in der Aufstellung von Indicationen für die Tenotomie des Tensor tymp. zu sanguinisch vorging, wurde gleich, nachdem diese Indicationen verlautbart wurden, in Wort und Schrift geäussert. Immerhin bleibt es das Verdienst Weber-Liel's, diese Operation, die sich gewiss in der operativen Otiatrik erhalten wird, zuerst ausgeführt zu haben. Dass die Operation thatsächlich von Nutzen sein kann, beweist am besten der Umstand, dass Collegen, welche vor 20 Jahren ihre enragirtesten Gegner waren, ihr jetzt das Wort reden. Die Art und Weise, wie Verfasser diese Operationen bespricht, namentlich wie er die neuerdings von Kessel aufgestellten Indicationen beleuchtet, zeigt, dass in dieser Frage das letzte Wort noch lange nicht gesprochen ist. Vollkommen beipflichten müssen wir Schwartze, wenn er die Besprechung der Durchschneidung der Stapediussehne mit der Mahnung schliesst, sich nicht leichtfertig zur Durchschneidung der freiliegenden Stapediussehne zu entschliessen.

Bei Besprechung der operativen Trennung von Synechien des Trommelfells empfiehlt Verf. zur Trennung der flächenhaften Verwachsungen statt des Synechotoms kleine scharfe Löffel mit stumpfwinkligem Stiele, mit denen man am leichtesten nach Durchtrennung des freien Randes der verwachsenen Stelle die angelöthete Partie lösen kann. Dass Verf. der von Gruber empfohlenen mehrfachen Durchschneidung

Digitized by Google

des Trommelfells keine Erwähnung thut, kann nur darin seinen Grund haben, dass er diese Operation nicht geübt hat. Von ihrer Nützlichkeit haben uns vielfache Versuche hinreichend überzeugt.

Für die „Excision der Gehörknöchelchen" giebt Verfasser folgende Indicationen:

a) als Heilmittel chron. Eiterung der Paukenhöhle ohne Rücksicht auf das noch vorhandene Hörvermögen:

1. bei Caries des Hammers und Ambosses;
2. bei chron. Eiterung im Atticus tympanicus auch ohne bestimmte Zeichen für Caries am Hammer und Ambos;
3. bei Cholesteatomen in der Paukenhöhle;

b) zur Hörverbesserung und Beseitigung subjectiver Ohrgeräusche:

1. bei Fixation des Hammers durch totale Verkalkung des Trommelfells, durch Ankylose des Hammer-Ambosgelenkes oder durch Synechie des Trommelfells mit dem Promontorium, sofern tiefer gelegene Hindernisse der Schallzuleitung zu den Labyrinthfenstern, namentlich Synostose des Steigbügels durch den hörverbessernden Effect der Probeincision des Trommelfells, und Complication mit Labyrinthaffectionen resp. Nerventaubheit durch genaue qualitative Hörprüfung ausgeschlossen werden können; Vocalgehör muss noch vorhanden sein;
2. bei unheilbarer Verwachsung der Tuba Eust., sobald erwiesen ist, dass durch die Probepunction des eingesunkenen Trommelfells eine wesentliche temporäre Hörverbesserung unter gleichzeitiger Abflachung des Trommelfells entsteht (?);
3. bei Sclerose der Paukenhöhle ohne Zeichen von Nerventaubheit, wenn durch den Catheterismus jedes Mal eine objectiv messbare, aber schnell vorübergehende Hörverbesserung und Nachlass des Ohrensausens erfolgt und der gleiche Effect erzielt wird durch die Probeincision des Trommelfells (?).

Verf. schildert dann die verschiedenen Methoden, wie sie bei der Extraction der Gehörknöchelchen üblich sind, und zwar: die Extraction vom Gehörgange aus und die von Stacke empfohlene Methode, nach welcher die Extraction der Gehörknöchelchen nach Ablösung und Vorklappung der Ohrmuschel und Auslösung des häutigen Gehörganges mit Abmeisselung der äusseren Atticuswand und des medialen Theiles des Gehörganges nach hinten oben stattfindet. Verf. meint, dass in jenen Fällen, wo der otoscopische Befund wahrscheinlich macht, dass es sich um isolirte Caries der Gehörknöchelchen handelt, die Extraction vom Gehörgange aus vorzuziehen sei, und wo Zweifel bestehen, ob eine weiter verbreitete Erkrankung des Knochens vorliegt, soll man sich auch zunächst mit der weniger eingreifenden und leichter ausführbaren Excision der Gehörknöchelchen vom Gehörgange aus begnügen und abwarten, ob dieselbe nicht zur Heilung ausreicht. Ist dies nicht der Fall, kann man auch nach einigen Wochen oder Monaten die Aufmeisselung des Atticus oder Antrum vornehmen.

Als üble Zufälle und Folgen dieser seien zu betrachten: Blutung während der Operation, die aber in der Regel leicht gestillt werden kann; Zerreissung und Zerrung der Chorda tymp. mit Geschmacksanomalien, welche aber gewöhnlich nach einigen Wochen oder Monaten wieder

Digitized by Google

schwinden; Facialislähmungen, welche gleichfalls nach Verlauf von einigen Wochen schwinden; Schwindel, welcher mitunter gleich nach der Operation, zuweilen auch später sich einstellt und gleichfalls nach kurzer Zeit wieder aufhört; und endlich die unwillkürliche Extraction solcher Gehörknöchelchen, deren Entfernung nicht beabsichtigt war. Verf. führt sechs Fälle von unabsichtlicher Stapesextraction an, aus welchen sich die wichtige Thatsache ergiebt, die auch von anderen Beobachtern constatirt wurde, dass mit der Auslösung dieses Gehörknöchelchens der Verlust des Hörvermögens nicht unausweichlich verbunden ist.

Bei der Nachbehandlung warnt Verf. vor der Anwendung des Irrigators in jenen Fällen, wo der Steigbügel mitentfernt wurde, damit das Spülwasser nicht in's Labyrinth gelange.

Was den Werth der operativen Entfernung der Gehörknöchelchen betrifft, stimmen wir mit dem Verf. vollkommen überein, wenn er die Operation angezeigt findet bei nachweisbarer Caries der Knöchelchen oder wenn die otoscopischen Merkmale eine solche auch nur vermuthen lassen und unsere anderweitigen Heilmethoden gegen die krankhaften Erscheinungen ohne Erfolg in Anwendung gekommen sind; als Mittel zur Hörverbesserung und Beseitigung subjectiver Ohrgeräusche hingegen dürfen wir nach Ansicht des Referenten, da der schliessliche Erfolg unseres Eingreifens im vorhinein durchaus nicht festzustellen ist, die Operation nur dann unternehmen, wenn nach genauer Information des Kranken über alle Chancen derselbe die Operation durchaus wünscht. In dem einen oder anderen Falle werden wir dann gewiss auch noch einen Erfolg erzielen; bei der Unsicherheit unserer Prognose jedoch darf der Arzt die ganze Verantwortlichkeit nicht allein tragen.

Die Lehre von der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes (Mastoidoperation), bekanntlich das Gebiet, auf welchem sich Schwartze unsterbliche Verdienste erworben, leitet er zunächst mit den in seinen früheren Arbeiten über diesen Gegenstand aufgestellten Indicationen ein, die er in höchst lehrreicher Weise des Weiteren erörtert. Es wird wohl heut zu Tage kaum einen gebildeten Ohrenarzt geben, der die Publicationen Schwartze's über den fraglichen Gegenstand nicht kennen würde. Bei dem grossen Umfange, den unsere Besprechung bereits angenommen, müssen wir uns versagen, näher einzugehen und wollen nur darauf aufmerksam machen, dass auch Diejenigen, welche die Frage aus eigenem Studium kennen und auf operativem Gebiete grosse Erfahrung gesammelt haben, dieses Kapitel mit grossem Interesse lesen werden. Jeder Absatz der Abhandlung verräth echt wissenschaftlichen Geist, und wo der Autor die klinische Thätigkeit beleuchtet, erkennen wir den höchst erfahrenen, nüchternen Beobachter und ausgezeichneten Operateur, der bei Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden genau zu sichten versteht. Was Verf. bei dieser Gelegenheit über die von Küster empfohlene Methode sagt, dem muss Ref. wörtlich beipflichten. Diese Operationsweise wurde auch vom Referenten seit Jahren in den geeigneten Fällen geübt, und zwar dann, wenn die hintere obere Gehörgangswand cariös afficirt war oder wenn die Vermuthung einer solchen Affection vorlag. Diese Methode als die typische einzubürgern, wäre schon deshalb nicht räthlich, weil die unnöthige Entfernung der knöchernen Gehörgangswand ganz gewiss die Heilung unnützer Weise verzögert.

Digitized by Google

Mit kleineren Abhandlungen über operatives Verfahren bei Phlebitis sinus transversi ex otitide, in welchem Verf. auch die von Zaufal bei Sinusthrombose in Vorschlag gebrachte Unterbindung der Vena jugularis als practisch höchst werthvoll anerkennt und über Operation des otitischen Hirnabscesses, wo Verf. die Erfahrungen Anderer und seine eigenen über diesen Gegenstand mittheilt, schliesst er die Operationslehre, mit der er unsere Literatur in eminenter Weise bereicherte.

Im XIII., zugleich letzten Kapitel schildert Wilhelm Meyer in Kopenhagen die Geschichte der Ohrenheilkunde bis zur zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts. Die ganze Abhandlung nimmt 40 Druckseiten ein, erzählt uns aber so Vieles und in einer so anziehenden und vornehmen Weise, dass wir sie geradezu als ein Meisterstück historisch-literarischer Thätigkeit erklären müssen. Was in neuerer Zeit auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde geleistet wurde, brauchte unser eminenter Historiker nicht zu erzählen: das vorliegende Werk, als dessen Mitarbeiter er mit seiner Abhandlung erscheint, verkündet auf jeder Seite die ebenso emsige als erfolgreiche Thätigkeit der Ohrenärzte der neueren Zeit.

So schliessen wir denn unsere Besprechung dieses Werkes, welches von der Verlagshandlung in sehr schöner Weise ausgestattet ist und gewiss die weiteste Verbreitung finden wird. G.

Notizen.

Deutsche otologische Gesellschaft.

Die dritte Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft wird in diesem Jahre in Bonn, und zwar vom 11. bis 14. Mai stattfinden. Die Mitglieder der Gesellschaft, sowie auch diejenigen Herren Collegen, welche gelegentlich der diesjährigen Verhandlungen der Gesellschaft beitreten wollen, werden gebeten, ihre Anmeldung sowie die Themata der beabsichtigten Vorträge und Demonstrationen bis zum 20. April d. J. an den Unterzeichneten gelangen zu lassen. Das ausführliche Programm wird den Theilnehmern Ende April zugesendet werden.

Im Auftrage des Vorstandes ladet hierzu ergebenst ein

Walb.

VII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie.

Die Vorarbeiten dieses vom 1.—9. September d. J. in Budapest abzuhaltenden Congresses schreiten rasch vorwärts. Das Interesse, welches das Ausland dem Congress entgegenbringt, wird am besten durch jene 362 hygienischen und 78 demographischen, insgesammt also 440 Vorträge documentirt, welche schon bisher, also 6 Monate vor der Eröffnung des Congresses, ausschliesslich durch ausländische Gelehrte angemeldet wurden.

Die Zahl der Sectionen des Congresses ist um eine vermehrt worden. Unter dem Titel „Allgemeines Samaritaner-Wesen“ hat sich nämlich als XX. Section der hygienischen Abtheilung der Samariter-Congress

Digitized by Google

angeschlossen; derselbe wird die in dieses Gebiet gehörenden wichtigen Fragen hoffentlich endgiltig erledigen; resp. es wird die Organisation dieser grossen internationalen Angelegenheit von hier ausgehen.

Das Interesse des Congresses wird erhöht und der Erfolg wesentlich gefördert werden durch den Umstand, dass die deutschen Eisenbahnärzte und die Gesellschaft der Leichenverbrenner ihre diesjährige Zusammenkunft im Anschlusse an den Congress in Budapest abhalten werden.

Schon bisher haben zahlreiche hervorragende Vereine, Stadtbehörden nnd Universitäten ihre Vertreter für den Congress bezeichnet.

Der Congress wird durch Se. Hoheit den Erzherzog Karl Ludwig persönlich eröffnet werden. Der Begrüssungsabend wird im Garten und Gebäude des Museums, dem klassischsten Platze der Haupt- und Residenzstadt, abgehalten werden. An einem Congresstage wird die Haupt- und Residenzstadt in sämmtlichen Sälen der hauptstädtischen Redoute einen Empfangsabend in grossem Stil veranstalten.

Der 6. September ist für kleinere Ausflüge reservirt; hierher gehören die systematische Besichtigung der öffentlichen Institute, andererseits Ausflüge nach Balatonfüred-Siófok, auf Einladung des Grafen Nikolaus Eszterházy nach Totis, ferner auf den Schwabenberg, auf die Margareten-Insel u. s. w.

Der Plan der nach dem Congress zu veranstaltenden Ausflüge ist erweitert worden, indem ausser der Reise nach Constantinopel und Belgrad Ausflüge nach Schmecks, nach Agram-Fiume und nach Bosnien und der Herzegowina in's Programm aufgenommen wurden.

INHALT.

I. Originalien: Eulenstein: Die diagnostische Verwerthbarkeit der Percussion des Warzenfortsatzes. — Winckler: Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden? (Schluss.) — Kayser: Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (Schluss). — II. Referate: a) Otologische: Kayser: Ein Fall von Taubheit nach Kohlenoxydvergiftung. — b) Rhinologische: Luc: Bemerkung über eine seltene Art von Myxoma nasal. — Dalby: Nasendouche oder Naseneinspritzung? — Dreyfuss: Beitrag zum Studium der Nasen-Eiterungen. — Kayser: Ueber Rhinosclerom. Ein Fall von hysterischer Stummheit. Papillome des Larynx. — c) Pharyngo-laryngologische: Couetoux: Vollständige Adhärenz des Gaumensegels. — Baber: Myxödem mittelst Nahrung mit frischer Glandula thyroidea behandelt. — Semon: Tabes dorsalis; doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer mit Lähmung der Thyroarytaenoidei interni von zwölfjähriger Dauer. — Jaccoud: Ueber die Angina pseudomembranacea mit Pneumococcen. — Scheier: Inverse Bewegung der Stimmbänder. — Hanot: Infection durch den Streptococcus während der Influenza. — Semon: Pachydermia laryngea. — Laveran und Catrin: Bacteriologische Untersuchungen über den Mumps. — Périer: Larynxexstirpation ohne vorhergegangene Tracheotomie. — Delagenière: Hydatidencyste der Lunge; Pleurotomie mit nachheriger Excision. — Révillet: Ein bei Lungentuberculose durch supraclaviculares inspiratorisches Einsenken gegebenes Symptom. — Gouguenheim: Perilaryngealer Abscess vertebralen Ursprunges. Pott'sche Krankheit der Cervicalwirbel. Laryngeale Erstickungserscheinungen als erstes Symptom der Knochenerkrankung. — Bayer: Ueber den therapeutischen Werth der Kohlenhydrate im Allgemeinen und des Vasogen Klever im Besonderen. — III. Kritik: Schwartze: Handbuch der Ohrenheilkunde (Schluss). — Notizen: Deutsche otologische Gesellschaft. — VII. intern. Congress für Hygiene und Demographie.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. **Berlin, April 1894.** **No. 4.**

I. Originalien.

Ueber Entfernung von Fremdkörpern aus dem Gehörgang.

Von

Dr. **C. Ziem.**

1. Fall. Am 31. Januar 93 wurde ich wegen eines 8jähr. Knaben consultirt, der sich eine Erbse in den Gehörgang hineingesteckt hatte und bei welchem Versuche, dieselbe zu entfernen, und zwar mittelst eines Hakens, anderwärts schon vorgenommen worden waren, unter ziemlich reichlicher Blutung. Es fand sich eine ziemlich starke, den Fremdkörper fest einschliessende Anschwellung des Gehörgangs, so dass es auch mir zunächst nicht möglich war, jenen zu entfernen, weder durch forcirte Einspritzungen mittelst der Druckpumpe und in Seitenlage oder Rückenlage des Kranken bei abwärts hängendem Kopfe, so wie dies nach Voltolini's Vorgang beispielsweise in einem früher schon beschriebenen Falle auch mir gelungen ist[1]) —, noch nach Einführung eines Irishäkchens hinter den Fremdkörper, obwohl hierbei ein Stückchen von letzterem abgerissen und das Instrument bei den gewaltsamen Tractionen ganz difform geworden war. Es wurde deshalb das gleichfalls

[1]) Diese Monatsschrift 1887, No. 5.

Digitized by Google

von Voltolini zuerst empfohlene Verfahren[2]) angewendet, in die Erbse mittelst des Galvanocauters ein Loch zu brennen, um sie so zu verkleinern. Obwohl ich eines sehr feinen, blitzschnell erglühenden Cauters mich bediente, war das Verfahren hier doch schmerzhafter, als es in Voltolini's Fällen gewesen ist und die auf die Umgebung ausstrahlende Wärme wurde auf der geschwollenen, schon so viel maltraitirten Haut des Gehörgangs bei jedem Hineinbrennen in die Erbse recht übel vermerkt: eine Verletzung der Wandung selbst mittelst des Cauters hat natürlich nicht stattgefunden. Nach 2- oder 3maliger Cauterisation der Erbse musste von weiteren Eingriffen zunächst abgesehen werden. Zur Verminderung der Schwellung liess ich warmes Oel eingiessen. Am nächsten Tage, sofort beim Eintreten in mein Zimmer, erklärte der Vater des Kranken, ein intelligenter Arbeiter der Gewehrfabrik, der auch sehen gelernt hat, dass das in die Erbse gebrannte Lochchen nicht mehr, wie Tags zuvor, genau in der Mitte des Gehörgangs, sondern jetzt nahe der hinteren Wand desselben liege. So war es auch: die Erbse hatte sich mit der durch das Cauterisiren gekennzeichneten, schwarzen Stelle um eine senkrechte Achse nach hinten gedreht. Die Cauterisation wurde, und zwar wieder in die Mitte der jetzt vorliegenden Kugelfläche, wiederholt, ausserdem Oel weiter eingegossen. Am nächsten Tage brachte der Kranke die Erbse mit, die Morgens ganz vorn am Eingange des Gehörgangs sich befunden und so von der Mutter ohne Weiteres hatte entfernt werden können. Eine jetzt festgestellte Perforation des Trommelfells war nach kurzer Zeit ausgeheilt unter vollständiger Wiederkehr des Hörvermögens.

Die hier beobachtete Drehung und Selbstentwicklung der Erbse muss auf 3 Momente zurückgeführt werden: 1) zunächst ist nach dem Brennen des Lochs in dieselbe jedenfalls eine gewisse, an und für sich allerdings nicht grosse, aber doch nicht ganz unwesentliche Schrumpfung der Erbse eingetreten, die zu einer Lockerung derselben innerhalb der angeschwollenen und wie einschnürenden Wandung des Gehörgangs geführt hat; — 2) durch das Oel ist eine Abschwellung der Haut des Gehörgangs erzielt worden, unter weiterer Lockerung des Fremdkörpers; — 3) auch die Muskulatur des Gehörgangs, des Tragus und Antitragus ist hier von Bedeutung. In letzterer Hinsicht ist eine Beobachtung zu erwähnen, die an einem im ärztlichen Vereine zu Danzig im Jahre 1887 von mir vorgestellten, etwa 12jährigen Knaben von allen Anwesenden hat bestätigt werden können, dass nämlich beim Schliessen der Lider synergisch auch die äussere Ohröffnung verschlossen wurde durch eine Drehung des Tragus um die senkrechte Achse, der Art dass die Vorderwand des Gehörgangs an dieser Stelle nun nach aussen sich bewegte[3]): die Beobachtung giebt einen guten Beweis für die Richtigkeit der aus dem anatomischen Verhalten jener kleinen Muskeln von Tataroff unlängst abgeleiteten Anschauung, dass die Function derselben in einer Verengerung des äusseren Gehörgangs bestehe[4]), woraus also ohne Weiteres

---

[2]) Die Anwendung der Galvanocaustik u. s. w. 1892, Seite 297, und diese Monatsschrift 1869, No. 7.

[3]) Der Fall soll noch ausführlich beschrieben werden.

[4]) Archiv für Anatomie von His und Braune 1887, S. 55.

Digitized by Google

folgt, dass diese Muskulatur auch auf den Inhalt des Gehörgangs, hier die Erbse, eine austreibende Einwirkung hat ausüben können, nachdem dieselbe nach Verkleinerung ihres Volumens und nach Abschwellung der Haut des Gehörgangs, beweglich und rotationsfähig geworden war. Schon Voltolini hat in den zwei Fällen, in denen er den Cauter auf Fremdkörper (Johannisbrotkern, Lupine) hatte einwirken lassen, ein allmähliges Hervortreten und schliessliche Selbstentwicklung derselben beobachtet, diese Erscheinung aber als Druckwirkung Seitens der angeschwollenen Wandung des Gehörgangs auf den verkleinerten Fremdkörper aufgefasst, doch halte ich meine Erklärung für die richtigere, besonders auch im Hinblicke auf den jetzt zu schildernden

2. Fall. Vor einigen Wochen wurde mir vom Herrn Collegen Dr. Werner in Danzig eine Frau zugewiesen, die wegen Zahnschmerzen eine gebrannte Kaffeebohne in den Gehörgang sich eingeführt hatte. Der Herr College hatte schon einige Versuche gemacht, dieselbe mittelst eines Häkchens zu entfernen, wobei es etwas geblutet hatte. Ich fand eine mässig starke Anschwellung der Wandung um die Bohne herum, machte einige Einspritzungen mittelst der Druckpumpe, ohne jedoch den Fremdkörper herauszubefördern. Es wurde nun einfach mehrere Nächte Oel eingegossen, für den Nothfall die Zerkleinerung mittels des Cauters in Aussicht genommen: nach ein paar Tagen ist die Bohne von selbst herausgefallen.

Offenbar ist hier durch das Oel die Schwellung vermindert bezw. beseitigt und der Weg schlüpfrig gemacht worden, so dass eine wohl nur sehr geringe Action der Muskulatur des Tragus und Antitragus noch hinzuzukommen brauchte, um den Fremdkörper auszutreiben: es hat also nicht sowohl die Schwellung, in Voltolini's Sinne, günstig eingewirkt, als vielmehr die Abnahme derselben und die jetzt ermöglichte Bethätigung der betreffenden Muskulatur.

Für Jeden, der die grosse Beweglichkeit wie der Ohrmuschel im Ganzen, so besonders auch des Tragus und Antitragus bei untertauchenden Säugethieren, bei Seehunden, Nilpferden und dergl. jemals gesehen, wird die hier gegebene, auf physiologische Thatsachen sich stützende Erklärung um so ansprechender sein, als in analoger Weise, durch Contraction der Bronchialmuskulatur, bekanntlich auch Fremdkörper aus einer Tracheotomie-Wunde öfters herausbefördert werden. Es ist nur zu bedauern, dass die Herrschaft der Mode, die Einwirkung enger Hüte auf die Oberohrgegend bei Männern, der Hutbänder auf die ganze Ohrgegend bei Frauen jene Muskulatur im Allgemeinen so wenig zur Entwicklung kommen lässt.

Das im zweiten Fall befolgte, einfache Verfahren, das Eingiessen von Oel, sollte in ähnlichen Fällen stets zuerst versucht werden, mit Lagerung des Betreffenden auf das den Fremdkörper bergende und mit einer Wattelage bedeckte Ohr.

Digitized by Google

Aus dem bacteriologischen Institut des Kindlein Jesus-Hospitals zu Warschau.

Beitrag zur Aetiologie der sogen. schwarzen Zunge.

Vortrag, gehalten in der laryngol. Gesellschaft zu Warschau im November 1893

von

Dr. **Johann Sendziak** aus Warschau.

Unter dem Namen „schwarze Zunge" (lingua nigra s. nigrities linguae) verstehen wir den pathologischen Process, welcher sich durch das Erscheinen des mehr oder weniger verbreiteten gefärbten Fleckens auf der oberen Fläche der Zunge in der Nähe der Basis vorn an den papillae circumvallatae characterisirt. Dieser Fleck hat gewöhnlich eine schwarze Farbe — mitunter ist er braun und sogar gelb (Dinkler), von unregelmässig-ovaler oder dreieckiger Gestalt — ist glatt oder meistens von ungleicher behaarter Oberfläche (schwarze Haarzunge, Brosin; Melanothrichie linguale, Surmont).

Dieser Process ist von acutem (ein paar Tage), oder chronischem (wenige Monate — sogar Jahre) Verlauf. Dieses Leiden ist selten — bis zu den letzten Zeiten fast gar nicht bekannt. Erst seit einigen Jahren treffen wir überhaupt in der englischen und deutschen Literatur Beschreibungen dieser Krankheit.

Von den Handbüchern über die Krankheiten der Mundhöhle, in welchen sich mehr oder weniger ausführliche Artikel über die schwarze Zunge befinden, müssen wir vor Allem Butlin aus London citiren — den Verfasser der ausgezeichneten Monographie über die Krankheiten der Zunge (1885 — 1887), später Schech, den berühmten Specialisten aus München (1890, III. Ausgabe), Bresgen aus Frankfurt am Main (1891, II. Auflage) — schliesslich das Neueste von Rosenberg aus Berlin (1893). Ausserdem schrieben die folgenden Autoren noch über dieses Thema: In England: Stocker[1]) (1886), Balfour Graham[2]) (1887), Masters[3]) (1891), Anderson Smith[4]) (1891), Lake[5]) (1891). — In Deutschland: Schech[6]) (1887), Roth[7]) (1887), Bernhardt[8]) (1888), Brosin[9]) (1888) und Dinkler[10]) (1889). — In Frankreich: Surmont[11]) Wollerand[12]) und Lannois[13]) 1888). In Russland existirt nur eine

[1]) „Black tongue", Brit. Med. Journ. 1886, October.
[2]) „Black tongue", Brit. Med. Journ. 1887, Januar.
[3]) „Black tongue", Brit. Med. Journ. 1891, pag. 1043.
[4]) „Black tongue", Brit. Med. Journ. 1891, pag. 1043.
[5]) „Black tongue", Brit. Med. Journ. 1891, pag. 946.
[6]) „Die schwarze Zunge", Münch. Med. Wochenschr. 1887.
[7]) „Ueber haarförmige Bildungen an der Zunge", Wien. Med. Presse 26—27, 1887.
[8]) „Zur schwarzen Haarzunge", Ref. im Int. Centr. f. Lar. 1887/88, pag. 89.
[9]) „Ueber die schwarze Haarzunge", Ref. im Int. Centr. f. Lar. 1888/90, pag. 108—383.
[10]) „Ein Beitrag zur Pathologie der sogen. schwarzen Haarzunge", Virch. Arch. 118, I. Heft.
[11]) „La langue noire", Gaz. des Hôp. (cit. bei Ciag. und Hew.).
[12]) „Sur la langue noire papillaire", Virch.'s und Hirsch's Jahrb. 25.
[13]) „Sur la langue noire", Ann. de mal. du Lar. 1888, pag. 568.

Digitized by Google

Arbeit von Gundobin[14]) (1888). — Schliesslich sind von unseren (polnischen) Verfassern zwei Arbeiten geschrieben: eine von Professor Rydygier aus Krakau[15]) (1892), die zweite von Ciáglinski und Hewelke[16]) aus Warschau (1892).

Worauf beruht das Wesen der sogenannten schwarzen Zunge? Was ist ihre Aetiologie? Das ist bis jetzt noch nicht bestimmt bekannt. Es ist nur bekannt, dass dieses Leiden häufiger bei Männern als bei Frauen und gewöhnlich im vorgeschrittenen Alter (83 Jahre in Butlin's Falle, 66 in einem von meinen Fällen) vorkommt, obgleich nicht immer. Es kommt auch bei kleineren Kindern vor (in Rydygier's Falle ein 4jähr. Mädchen).

Einige Verfasser bringen diese Affection mit dem Tabak-Missbrauch in Verbindung. Jedenfalls muss dieser „Abusus" eine gewisse prädisponirende Rolle in der Entstehung der schwarzen Zunge haben, weil das Leiden meistens bei Männern, und namentlich bei stark rauchenden Männern vorkommt, wie das u. A. in einem meiner Fälle und in einem von Ciaglinski und Hewelke beobachteten der Fall war. Andere schreiben diese ätiologische Verbindung der gestörten Verdauung zu. Es giebt sogar auch Einige (Hutchinson), welche hier eine Simulation supponiren. — In Lédiard's Falle war zugleich Krebs der Zunge vorhanden. — Dinkler beobachtete die schwarze Zunge nach Scharlachfieber; auch bei Diabetes mellitus beobachtete man sie.

Das Wesen der schwarzen Zunge erblickt die Mehrzahl der Verfasser (Rosenberg, Bresgen, Schech, Brosin, Surmont, Wollerand, Rydygier etc.) einzig in der Hypertrophie des Epitheliums der Papillae filiformes mit secundärer Verhornung (Hyperkeratosis; Brosin, Schech). Die schwarze Färbung soll von der Vergrösserung des hornigen Pigments, welches sich in den normalen hornigen Zellen befindet, herrühren, und je älter, trockener, härter die hornige Schicht ist, desto dunkler ist die Färbung (von gelb bis schwarz). Obgleich mehrere von den obigen Verfassern (Schech, Rydygier) bei der Untersuchung verschiedene Bacterien: Leptothrix, Coccen, Bacillen etc. fanden, so betrachteten sie diese doch nur als zufällige, nichts mit dem Wesen des eigentlichen pathologischen Processes gemeinhabende Erscheinungen.

Dennoch kam einigen Autoren der Gedanke von dem parasitären Ursprung der sogenannten schwarzen Zunge. So z. B. betrachteten Dessois und Sell dieses Leiden als Mycosis, als einen pathologischen Process, welcher von dem sogenannten Glossophyten bedingt wird. Dieser Pilz, welcher sich in Gestalt eierförmiger, stark reflectirender Kügelchen darstellte (nach Brosin, der ebenfalls Gelegenheit hatte, diesen Fall zu beobachten, war es ein nichtentwickelter „Soor"), verursachte die dunkle Färbung der Papillae filiformes. Raynaud vermuthete ebenfalls diesen Ursprung, er fand nämlich feine runde oder ovale, auf den Papillae filiformes sitzende Sporen.

---

[14]) „Zur Aetiologie der schwarzen Zunge bei Kindern", Med. Oborcenie 1888.

[15]) „Beitrag zu selteneren Erkrankungen der Zunge", Arch. f. kl. Ch. 42, auch „Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle" 1892, II. Heft, Tafel 35.

[16]) „W kwestyi t. zw. czarnego języka", Kronika Lekarska 1892, No. 11.

Digitized by Google

Dinkler fand ausser hornig degenerirten Zellen stark verbundene Fäden (Bacillen), welche spitz endende Aufsätze herausstossen. Roth beobachtete auch diesen Process als Keratomycosis (in 2 Fällen fand er sehr zahlreiche und verschiedene Bacterien, welche er für die Formirung der schwarzen Zunge verantwortlich macht). — Lake fand rundliche Sporen bei dieser Affection. — Butlin drückt sich in dieser Frage folgendermaassen aus: „.... scheint mir die Annahme nicht unwahrscheinlich, dass die Färbung durch eine Veränderung in dem Verhalten, dem Einflusse oder den Functionen derjenigen Parasiten bedingt sei, welche constant auf der Zungenoberfläche vorkommen, hauptsächlich aber auf und um die filiformen Papillen".

Alle diese Untersuchungen haben indess nicht die Frage über die Aetiologie der schwarzen Zunge gelöst. Und mit Ausnahme von Dinkler (welcher allein und mit negativem Resultate Culturen machte) hat keiner von den obigen Autoren seine Behauptungen durch eingehende bacteriologische Untersuchungen (Culturen) bekräftigt. Deshalb ist es das grosse Verdienst unserer (polnischen) Verfasser: Ciaglinski und Hewelke, dass sie in einem Falle solche Untersuchungen mit dem glänzendsten Resultate ausführten und auf diese Weise das Dunkel des Wesens dieses pathologischen Processes zu einem gewissen Grade erhellten. Diese Verfasser kommen, indem sie sich auf ihre Untersuchungen stützen, zu dem Schlusse, dass zwei verschiedene Formen der sogenannten schwarzen Zunge existiren: die eine, chronische par excellence, rührt nach ihrer Ansicht auch von Hypertrophie des Epitheliums der filiformen Papillen her, die andere, acute Form, beruht auf dem Erscheinen des specifischen Pilzes, welchen die obigen Autoren in ihrem Falle cultivirten — i. e. Mucor niger, welcher morphologisch dem Mucor rhizopodiformis ähnlich ist, sich aber von dem letzteren durch die Abwesenheit der pathogenen Eigenschaften (negative Impfung an Thieren) unterscheidet. Und daher proponiren diese Verfasser für acute Formen der schwarzen Zunge einen anderen, mehr wissenschaftlichen Namen: Mycosis linguae mucorina nigra s. nigrities mucorina linguae.

Selbstverständlich löst diese Behauptung, obgleich auf einem sehr gewissenhaft untersuchten Fall basirend, nicht gänzlich die Frage. Erst die folgenden Untersuchungen anderer Verfasser werden zeigen, in wie weit diese Behauptung berechtigt ist.

Einem glücklichen Zufalle verdanke ich es, dass ich in verhältnissmässig kurzer Zeit Gelegenheit hatte, zwei Fälle dieser Krankheit zu beobachten und bacteriologisch zu untersuchen. Die von mir erzielten Resultate, über welche ich sogleich eingehend sprechen werde, differiren verhältnissmässig wenig von denen, welche Ciaglinski und Hewelke in ihrem Falle erhielten.

Auf diese Weise gewinnt die Behauptung der obigen Autoren in Bezug auf das Wesen der schwarzen Zunge an Wahrscheinlichkeit.

Fall I. T., 66 Jahre alt, Beamter, besuchte mich zum ersten Male am 20. Juli 1893 und klagte über Schwierigkeiten beim Schlucken der festen Nahrungsmittel, welche seit 8 Monaten vorhanden waren. Der allgemeine Zustand jedoch war beständig gut — die Abmagerung bemerkte der Kranke nicht —; immer gesund; kein Missbrauch ausser Rauchen; nervös veranlagt. Als Curiosum zeigt mir der Kranke seine

Digitized by Google

Zunge, wo, wie er behauptet, seit einem Jahre Haare wachsen sollten, jedoch verursachte ihm dieser Zustand keine Beschwerden. Der Kranke erzählt, dass er diese Haare mit Hilfe specieller, von ihm selbst construirter Apparate von Zeit zu Zeit rasirte. Dieselben wuchsen jedoch in kurzer Zeit wieder.

Bei der Untersuchung fand ich Folgendes: der Kranke, gut gebaut und ernährt, ohne Fieber, zeigt an inneren Organen keine besonderen Veränderungen. Dasselbe in den Nasen- und Nasenrachenhöhlen sowie im Kehlkopfe. Ich fand nur Hyperplasie der lingualen Mandel in höherem Grade (sie füllte beide „Valleculae", indem sie die Epiglottis berührte).

Die Sondirung der Speiseröhre, Anfangs durch eine Elfenbeinkugel- (ösophageale) Sonde ausgeführt, zeigte eine Obstruction in einem Drittel der oberen Theile, das ist an der Stelle der Bifurcation der Luftröhre in die Bronchien; später jedoch gelangte die ziemlich dicke, elastische (englische) Sonde ganz bequem in den Magen. Was indess am meisten meine Aufmerksamkeit bei Untersuchung der Mundhöhle erregte, war die Zunge, deren Oberfläche in der Nähe der Basis einen dunkelbraunen, theilweise ganz schwarzen, wie mit Haaren in der Länge von 5 Mm. bedeckten Fleck mit unebener Oberfläche zeigte. Er nimmt den Raum vor den „Papillae circumvallatae" ein, wo er am breitesten ist, gleichsam die Basis eines Dreieckes bildend (bei hervorgestreckter Zunge), dessen laterale Ränder und Apex einige Centimeter von den Rändern und der Spitze der Zunge entfernt sind. — Die nicht mit Haaren bedeckten Stellen zeigen sich ganz normal.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass wir es hier mit der sogenannten schwarzen Zunge zu thun hatten. Die Schwierigkeit beim Schlucken, welche die einzige Beschwerde des Patienten war, stand in gar keiner Verbindung mit dem obigen Zustande der Zunge, sondern beruhte vielleicht auf nervösem Krampf der Speiseröhre, obgleich man auch nicht die Möglichkeit des sogen. Diverticulum der Speiseröhre ausschliessen konnte.

Der Kranke stellte sich zum zweiten Male nach ein paar Tagen bei mir vor. Sein Zustand war unverändert. Seit dieser Zeit habe ich ihn nicht wiedergesehen und sein weiteres Schicksal ist mir nicht bekannt[17]).

---

[17]) Schon nachdem obige Arbeit dem Druck übergeben worden war, hatte ich die Gelegenheit, den Kranken wieder zu sehen (nach einer 5monatlichen Unterbrechung). Der Kranke klagt stets über Schwierigkeiten beim Schlucken; er erzählt, dass er von einem Chirurgen behandelt worden ist, welcher, so wie ich bei der ersten Visite, die ösophageale Sonde manchmal bis zum Magen durchführen konnte. Grösstentheils aber begegnete dieselbe Hindernissen in dem oberen Theile der Speiseröhre. Dem entspricht, was der Kranke von sich selbst sagte, dass ihm einmal leicht, öfter schwer die Speise durch die Speiseröhre geht. Der Kranke war in letzter Zeit etwas abgemagert, was er jedoch mit einer erfolglos gebrauchten Bandwurmcur in Verbindung bringt. Der Kranke behauptet, dass er in den letzten Zeiten eine bedeutende Besserung in dem Zustande der Zunge bemerkt hat, namentlich kam es vor (was vorher niemals der Fall war), dass nach dem Abrasiren der Haare (auf die gewöhnliche Art vollführt), dieselben im Laufe der Woche fast gar nicht mehr nachwuchsen. Im Allgemeinen sei ihre Entwickelung immer schwächer. Ich

Digitized by Google

Gleich bei der ersten Visite habe ich mit Hilfe der Volkmann'schen Curette soviel wie möglich von diesem Flecke der Zunge abgekratzt, was ziemlich leicht ausführbar war, worauf die gebliebene Oberfläche sich glatt, ohne Farbe zeigte. Diesen Fleck unterzog ich einer bacteriologischen Untersuchung im Laboratorium des Dr. Jakowski (damals abwesend) im Kindlein-Jesus-Hospital, unter gefälliger Hilfe des Collegen Swiezynski, Assistenten des Laboratoriums.

Schon unter dem Microscop fanden wir im Belage ziemlich dicke mycotische Fäden, ausserdem stellenweise undeutliche dunkle Köpfchen. Darauf bemühten wir uns, diesen Pilz zu cultiviren. Zu diesem Zwecke inoculirten wir ihn: 1) auf Kartoffel — auf gewöhnliche Weise präparirt — (Koch's Methode), 2) auf die Mischung von getrocknetem, geriebenem Brode mit Hinzufügung von 10 pCt. Gelatine (nach Ciaglinski's und Hewelke's Methode, welche bei der schon mehrere Male citirten Arbeit angegeben ist). Mit dieser Mischung füllten wir einige Eprouvetten (mit Watte gepfropft), sowie auch die sogenannten Petri'schen Schaalen. Ich brauche nicht zu bemerken, dass die einen wie die anderen vorher gründlich sterilisirt worden waren. Diese so zubereiteten Culturen stellten wir in das Thermostat (37° C.), die Resultate jedoch waren negativ — weder auf den Kartoffeln, noch auf der Brod-Pasta entwickelte sich etwas. In der Zimmer-Temperatur (ziemlich hoch, damals von 16—18° R.) jedoch wuchsen die Culturen prächtig. Schon nach 24 Stunden konnte man sowohl auf den Kartoffeln, als auch auf der Brod-Pasta mit blossem Auge einen zarten, schneeweissen Belag beobachten, auf welchem bei näherer Untersuchung — besonders nach 48 Stunden — zarte, doch deutliche weisse Fäden sich unterscheiden liessen. In dem Maasse, wie der Pilz sich mehr und mehr entwickelte, indem er die ganze Oberfläche des Grundes bedeckte (Anfangs nur im Centrum sich befindend), bemerkten wir auf der Mischung von Brod und Gelatine in Eprouvetten, sowie auch auf den Schaalen, dass die Enden der bis dahin ganz weissen Fäden anfingen, sich mit dunkleren Verdickungen i. e. Köpfchen zu bedecken.[18]) Und sogar die Fäden selbst fingen an dunkler (grauer) zu werden. Auf diese Weise zeigte sich die ganze Oberfläche der Pasta nach einiger Zeit als ein schwarzer, üppiger Schimmel. Die obige Entwickelung des schwarzen Schimmels konnte man am besten bei der Untersuchung der Culturen unter dem Microscop analysiren (bei geringen Vergrösserungen, wie es Ciaglinski und Hewelke in ihrem Falle mit Erfolg angewandt hatten). Indem wir solchermaassen die Culturen in den auf dem Microscop-Tisch gelegten Eprouvetten und Schaalen untersuchten (Hartnack Obj. 4, Ocul. 3), sahen wir ganz deutlich, wie von dem Mycelium mehr oder weniger lange, gerade, fruchttragende Fäden, in der entgegengesetzten Richtung zu den Würzelchen, welche in den Boden sich vertieften,

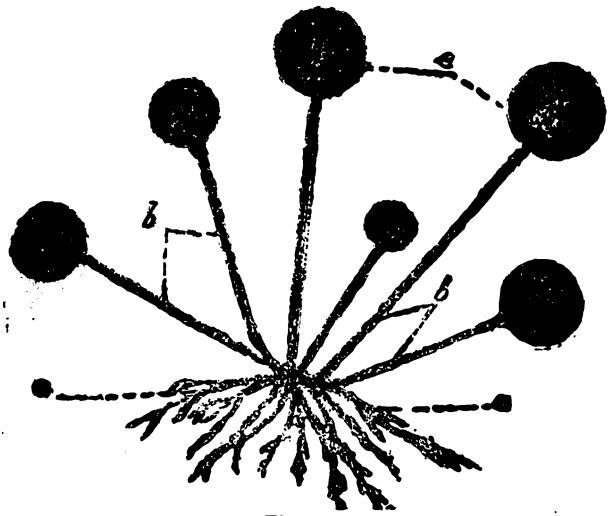
---

muss hier beifügen, dass der Kranke keine örtliche Cur in dieser Richtung gebraucht hat. Bei der Untersuchung des Kranken bemerkte ich in der That auf der am Tage vorher abrasirten Zunge nur stellenweise kleine Spuren von nachwachsenden schwarzen Haaren, andere Stellen boten dagegen eine glatte ungefärbte Oberfläche. Die Sondirung ergab dieses Mal ein negatives Resultat.

[18]) Auf den Kartoffeln trat keine Entwickelung des schwarzen Schimmels ein.

Digitized by Google

herausstreckten. Diese Fäden endeten in runden Köpfchen verschiedener Grösse, deren Färbung Anfangs grau, später nach und nach dunkler war, in ganz reifen Formen bis schwarz mit dunkel-violettem Anflug übergehend. Bei mehr intensiven Vergrösserungen konnte man sich überzeugen, dass diese Köpfchen aus einer Membran und mehreren schwarzen Sporen, welche den oberen Theil der Fäden — die sogenannte „Columella" — bedeckten, zusammengesetzt waren. (Fig. 1.)



Figur 1.
a. Mycelium mit Würzelchen. b. fruchtragende Fäden.
c. Köpfchen mit schwarzen Sporen.
(Hartn. 3 Oc., 4 Obj.)

Auf diese Weise hatten wir es in diesem Falle augenscheinlich mit dem Pilze zu thun, welcher analog mit dem von Ciaglinski und Hewelke in ihrem Falle cultivirten und von ihnen „Mucor niger" genannten ist. Zu Gunsten dieser Vermuthung sprach das Resultat der bacteriologischen Untersuchung. In der That existiren in unserem Falle und dem der obigen Verfasser einige Abweichungen. So z. B. war in unserem Falle der Mangel umbelliforer Formen, beschrieben von diesen Verfassern für spätere Phasen der Entwickelung dieses Pilzes, weiter der Mangel analoger Culturen auf den Kartoffeln zu bemerken; jedenfalls entsprachen unsere Culturen auf der Brod-Pasta vollständig macro- und microscopisch der Beschreibung und den Abbildungen, welche die obengenannten Autoren in ihrer Arbeit angebracht hatten.

Zugleich mit dem obigen Falle hatte ich Gelegenheit, auch einen zweiten, wenn auch nicht so typischen Fall der sogenannten schwarzen Zunge (eigentlich gelblich-braunen, weil sie sich in diesem Falle so darstellte) zu beobachten; dank der Freundlichkeit des Collegen Winiarski, der diesen Kranken unter seiner Obhut hatte und der erste war, welcher auf den besonderen Zustand der Zunge seine Aufmerksamkeit lenkte.

Digitized by Google

Fall II: P., 39 Jahre alt, ein Techniker, seit 8 Jahren mit einem Rückenmarksleiden (Myelitis) behaftet, complicirt mit ausgedehntem Decubitus auf den Genitalien (Penis et Scrotum). Der Kranke bemerkte seit ungefähr 3 Monaten (so viel man sich auf seine sehr abgestumpfte Intelligenz verlassen kann) auf der Zunge gelb-braune Haare, welche ihm jedoch, wie er ausdrücklich behauptet, in keiner Weise störend waren.

Mit der gütigen Beihilfe des Collegen Swiezynski unternahm ich es, einen Theil des Belages der Zunge zu entfernen, welcher sich in Gestalt eines gelb-braunen Fleckes auf der oberen Fläche der Zunge — nahe der Basis — von unregelmässiger Form eines Dreieckes, mehr oder weniger nach vorn zu sich verengend, mit ungleicher Oberfläche, wie mit kurzen gelblichen, oder gelb-braunen Haaren bedeckt, darstellte. Im Allgemeinen muss ich bemerken, dass in diesem Falle das Aussehen viel weniger characteristisch für diese Affection war, als im ersten Falle, sowohl was die Färbung betrifft, als die Haare selbst.

Ueber den Verlauf habe ich wenig zu bemerken; der Kranke starb kurz darauf (während meiner Abwesenheit). Der College Winiarski war so gütig, die bei der Section exstirpirte Zunge in Alcohol zu bewahren.

Was die bacteriologischen Untersuchungen in diesem Falle betrifft, welche ich auch im bacteriologischen Laboratorium des Kindlein-Jesus-Hospitals mit gütiger Hilfe des Collegen Swiezynski ausgeführt hatte, so gaben dieselben zu meiner Verwunderung — trotz des Unterschiedes im Aussehen der Zunge mit dem ersten Falle — fast identische Resultate.

Hier konnte man ebenfalls die Entwickelung des Schimmels nur auf der Brod-Pasta beobachten. Hier fanden wir auch dieselben Bildungen unter dem Microscop, i. e. Mycelium und aus demselben entstehende fruchttragende Fäden mit Köpfchen versehen.

Der Unterschied bestand einzig in der Färbung der Köpfchen. Obgleich wir auch ganz schwarze gesehen haben, fanden wir jedoch viel öfter — im Vergleich zu dem ersten Falle — grauliche und gelbliche Köpfchen. In diesem Falle waren ebenfalls in späteren Phasen keine umbelliforen Formen; auch fand die Entwickelung des schwarzen Schimmels nur bei Zimmer-Temperatur statt (im Thermostaten und im Allgemeinen auf den Kartoffeln war das Resultat negativ).

Also auch hier unterlag es keinem Zweifel, dass wir mit dem mycotischen, von Mucor niger abhängigen Processe zu thun hatten. Bemerkenswerth war auch die Färbung der Zunge, nicht so dunkel, als im ersten Falle, aber mehr gelblich-braun. Dieselbe Farbe wurde auch von Dinkler beobachtet.

Zum Schluss möchte ich einige Worte sagen über die microscopische Untersuchung der exstirpirten Zunge. Dieselbe, auf gewöhnliche Weise von mir präparirt (Paraffinal-Methode von Przewoski) und gefärbt (Haematoxylin und Eosin), zeigte keinen bedeutenderen hypertrophischen Process des Epitheliums der filiformen Papillen. Es konnte von der sogenannten (Brosin) „Hyperkeratosis“ nicht die Rede sein. Ich füge hinzu, dass meine obigen Untersuchungen von den Professoren Brodowski und Przewoski bestätigt wurden.

Wenn wir jetzt unsere zwei Fälle mit dem von Ciaglinski und Hewelke beobachteten vergleichen, müssen wir zu der Ueberzeugung

Digitized by Google

gelangen, dass, obgleich sie im klinischen Verlaufe (chronisch par excellence in meinen Fällen) etwas verschieden sind, so scheinen sie doch in aetiologischer Hinsicht ganz identisch zu sein. Hier und dort erhielten wir in Culturen Mucor niger. Auf diese Weise scheint es, dass die Definition welche diese Verfasser nur für acute Formen dieser Krankheit proponiren, i. e. nigrities mucorina linguae s. mycosis linguae mucorina nigra, ebensogut für chronische Fälle passt. Andererseits spricht auch — wenigstens nach meiner Ansicht — zu Gunsten der Behauptung, dass das Wesen der sogenannten schwarzen Zunge sowohl in acuten als chronischen Fällen auf dem Dasein von mycotischen Processen beruht und die Hypertrophie der filiformen Papillen nur eine untergeordnete, unstäte Rolle spielt, der Mangel dieser Hypertrophie im zweiten Falle, was man auch bis zu einem gewissen Grad im ersten Falle supponiren könnte, wo nach dem Abkratzen des Belages die Oberfläche der Zunge ganz glatt erschien. Natürlich können die excellenten Arbeiten von Ciaglinski und Hewelke, sowie auch die meinige, keine Ansprüche darauf machen, dass sie die Frage der Aetiologie der schwarzen Zunge absolut entschieden hätten. Die Zukunft wird es lehren, in wie weit die Ansicht der obigen Verfasser, welche in meinen Untersuchungen Bestätigung gefunden hat, richtig ist.

XI. internationaler medicinischer Congress in Rom.

(Original-Correspondenz der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

Die ewige Stadt, die Hauptstadt der Welt, wie Italien stolz Rom zu nennen pflegt, hat über 7000 Aerzte empfangen; sie haben sich aus allen Staaten der Welt hier vereinigt, um gemeinsam jene schwierigen Probleme zu besprechen, deren Lösung der Gesundheit dienen soll und um zur Entwicklung der geistigen und physischen Kräfte der Menschen beizutragen. Sie sprechen nicht dieselbe Sprache, sie kennen sich nur dem Namen und dem Rufe nach, aber es erfüllt sie ein und derselbe Gedanke, es begeistert sie ein und dasselbe Ziel.

Die Aerzte, die gegenwärtig in Rom tagen und jene, die ihren Arbeiten mit Interesse folgen, repräsentiren das Beste, was die menschliche Gesellschaft hervorzubringen vermag, weil ein immenser Schatz von neuen Wahrheiten, Thatsachen und Wissen der Welt zur Verfügung gestellt wird. Nicht in den grossen feierlichen Sitzungen offenbaren sich die Erfolge der Congresse, dieselben sind nur Decoration, aber in der Arbeit sind sie enthalten, die man auswärts vollbracht hat, die man zur Mittheilung hierherbringt und die den Fortschritt markirend, der menschlichen Gesellschaft dient.

Auch ein herrliches Fest des Friedens wird jetzt in Rom gefeiert. Der Traum einer heiligen, edlen, allgemeinen Brüderlichkeit scheint minder utopisch, wenn man die Söhne dieser vielen Nationen sich vereinen sieht zur Arbeit. Man vergisst Rancune, Eifersucht, Streit und Gegnerschaft, denn von diesem geistigen Contact zwischen Menschen von Geist und Bildung bleibt immer etwas zurück, was uns, heimgekehrt, Toleranz und Nachsicht lehrt.

Digitized by Google

Unter solchen Auspicien hat der Congress seine Arbeiten begonnen. Schon zu Anfang der Woche herrschte überall aussergewöhnliche Lebhaftigkeit, Hôtels und Privatwohnungen waren förmlich bestürmt, alle Eisenbahnzüge brachten Tausende von Fremden, die nicht nur vom Congress, sondern auch von den herrlichen Reizen und der unendlichen Schönheit Roms angezogen wurden. Die Basiliken, die wunderbaren, einen unendlichen Schatz von Kunst und Reichthum repräsentirenden Kirchen, die stummberedten Zeugen zweier Jahrtausende, Monumente und Ruinen waren von staunenden Besuchern belagert; wie beim Thurm von Babel gab es an diesen heiligen und heidnischen Orten eine geradezu verwirrende Sprachenconfusion. Ueberall, am Palatin, den einstigen römischen Kaiserpalästen, bei den Thermen von Caracalla, am Forum Romanum sah man Gruppen von Fremden, begleitet von Führern, Freunden und römischen Familien. Inmitten dieser Ruinen des antiken Rom herrscht jetzt Bädeker der Unvermeidliche.

Die erste Begegnung der Congressisten mit ihren Damen fand am 28. März am Begrüssungsabend im Palazzo delle Belle Arti statt. Dieselbe war über Erwarten — misslungen; nicht allein deshalb, weil die für solche Zwecke ganz ungeeigneten Räumlichkeiten die Legion von Menschen nicht zu fassen im Stande waren, sondern auch aus Mangel an jeder Directive. Man wurde eine Stunde lang — und es war Heroismus, so lange zu bleiben — ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht hin und her gestossen, man bildete sich ein, zu gehen, während man geschoben wurde. Von einer gegenseitigen Vorstellung, von den Freuden des Wiedersehens, des Erkennens, dem der Abend eigentlich gewidmet sein sollte, war keine Rede, und man war schliesslich froh, mit heiler Haut, wenn auch mit zerfetzten Kleidern und Schleppen, wieder in's Freie gelangen und dort die auffallend kalte italienische Luft athmen zu können. Wir zogen unsere Ueberzieher, Winterröcke und Pelze — Diejenigen, die solche besassen, wurden förmlich beneidet — fester zusammen und forteilend von dem ungemüthlichen Abend, suchte Jeder seine Landsleute auf. Dieselbe heillose Verwirrung ist übrigens bei allen bisherigen grösseren Veranstaltungen in die Erscheinung getreten; und wenn auch 6000 Doctoren und deren 1000 Damen etwas schwer zu dirigiren sind, so war es bisher ganz klar, dass die Centraldirection des Congresses nicht genügend oder nicht zweckmässig organisirt ist. In den Einladungen und in den vom Centralkomité versendeten Communiqués versprach man eitel Gastlichkeit, Höflichkeit und Zuvorkommenheit; wir fanden ahnungslos und enttäuscht namentlich bei den Hoteliers Rohheit und Rücksichtslosigkeit. Als die Congressisten von den schon vor Wochen bestellten und bezahlten Zimmern, von der langen Reise müde und abgespannt, Besitz ergreifen wollten, wurden sie abgewiesen; da half kein Raisonniren, keine Berufung auf verbriefte Rechte und auf Billigkeit. Vornehme Professoren und Doctoren mit ihren Damen irrten bis zum Morgengrauen schutz- und obdachlos in den beinahe winterkalten öden Strassen Roms umher, bis sie irgendwo im fünften Stock in einem Zimmerchen untergebracht, sitzend den Morgen erwarten konnten. Die Vertreter der Regierungen am Congresse, jene der medicinischen wissenschaftlichen Gesellschaften, Alle, die hierherkamen, auf die briefliche oder telegraphische Zusage ihrer Hôteliers bauend, wanderten stunden-

Digitized by Google

lang umher, bis es ihnen gelang, irgendwo Unterkunft zu finden. Man frage nur nicht, was für Unterkunft. Die Informationen des Comité's haben sich als höchst unverlässlich erwiesen und dies mussten namentlich die Damen auch bei der Inauguration des Kongresses im Theater Constanzi schmerzlich erfahren. Man hatte eine enorme Zahl von Karten vertheilt, auch an Solche, die mit dem Congress nichts zu thun haben. Das Comité hat mehr an die Freunde als an die Gäste gedacht und von der Thätigkeit des sogenannten Damencomité's war ganz und gar nichts zu bemerken.

Um 9 Uhr früh war das Theater zum Erdrücken voll, ein Meer von Köpfen. Obenan postirten sich die Vertreter der Nationen, der Präsident des Senates Farini, der Vicepräsident der Kammer Damiani; die Minister Boselli, Mocenni, General Pelloux, Maggiorino-Ferraris; Staatssecretär Costantini; dann erschien das diplomatische Corps: die Botschafter Deutschlands, Frankreichs, der Türkei, Hollands, Schwedens und Griechenlands, theils in Uniform, theils im Frack, was bei uns zum Beispiele nicht gestattet wäre, wenn der König uniformirt, mit Ordensdecorationen geschmückt erscheint. Um 10 Uhr bot das Theater einen wundervollen Anblick, mild und hell beleuchtet durch die herrlichen Sonnenstrahlen des sich hervorwagenden Frühlings. In den Logen hatten die Damen Platz genommen, unten im Parterre Congressisten.

Alle Welt war in Erwartung des Königs und der Königin. Minister-Präsident Crispi, Kultusminister Bacelli, Bürgermeister Fürst Ruspoli und viele Herren des Comité's warteten beim Eingang des Theaters, als die Ankunft Ihrer Majestäten signalisirt wurde, die begleitet von der Fürstin Massimo und der Marquise Villamarina und sämmtlichen Officieren des königlichen Hauses, das ganze Theater bis zur Rednertribüne durchschritten. Oben angelangt, nahm die Königin Platz, der König blieb bis zum Schlusse stehend an ihrer Seite. Ein unbeschreiblicher Enthusiasmus begleitete die Majestäten auf dem ganzen Wege, und obzwar gewöhnt an solche Scenen, schienen Beide sichtlich bewegt. Ein zufriedenes Lächeln spielte auf den Lippen der von Schönheit und Grazie strahlenden Königin. Die Huldigung so vieler Männer der Wissenschaft schien der hohen Frau besonders wohl zu thun.

Nachdem Se. Majestät mit den anwesenden Ministern einige Worte gewechselt hatte, begrüsste Crispi den Congress im Namen Italiens; bei den Worten: „Auspice il Re d'Italia, v'invito ad iniziare i vostri lavori" erschollen brausende Acclamationsrufe. Dann sagte Bacelli: „Ich begrüsse Sie, gelehrte Gäste; Humbert und Marguérite, Muster königlicher Tugend, sind hier erschienen, um Sie zu empfangen; die Minister Italiens, der Senat, die Kammer, das Municipium sind ebenfalls gekommen; die Bürger Roms freuen sich Ihrer Anwesenheit und jubeln Ihnen zu," so schloss der Kultusminister mit vor Bewegung zitternder Stimme.

Nach ihm bestieg Fürst Ruspoli die Bühne, dann Virchow, der unter Anderem Folgendes sagte: „Die Aerzte kommen her als Brüder und Freunde, sie sind die berufenen Vertheidiger der Humanität. Gewöhnt, ihre persönlichen Neigungen dem Wohle Anderer zu unterordnen, sind sie auch die echten Boten des Friedens".

Dann sprach Maragliano, der Generalsecretär des Congresses,

Digitized by Google

nach ihm die Vertreter der Nationen, im Namen der ungarischen Aerzte Sanitätsrath Csatáry, worauf der Congress als eröffnet erklärt wurde.

Am Nachmittag des 29. März haben sich alle Sectionen in der neuerbauten Poliklinik Humbert I. behufs Constituirung der Bureaux vereinigt. Die erste Zusammenkunft war sehr zahlreich, wir fürchten jedoch, die anderen werden es weniger sein. Die italienischen Collegen haben bei der Wahl der Präsidenten die Ausländer bevorzugt, was als schmeichelhafter Act der Courtoisie hier hervorgehoben werden muss. In den Sectionen wird schon tüchtig gearbeitet, und man muss auch sehr rüstig vorwärtsgehen, wenn man das überaus bedeutende Material von angemeldeten Vorträgen absolviren will.

Bei der ersten allgemeinen Sitzung im Eldorado, wo kaum für 300 Menschen Raum ist, wollten an 2000 Platz finden. Man stelle sich den Lärm, das Gedränge, den Aerger der Congressisten vor, welche trotz ihrer sichtbaren Cocarden im Knopfloch nicht eintreten konnten, und verstimmt der Conferenz den Rücken kehrten.

Bacelli als Präsident ertheilte zuerst Virchow das Wort, der über „Morgagni und das anatomische Denken" sprach. Er skizzirte kurz die Geschichte der Anatomie von den ältesten Zeiten bis Morgagni, der den anatomischen Arbeiten ein ganz neues Gepräge aufzudrücken vermochte. Sein Verdienst war dasjenige, dass er seine Schlüsse auf Thatsachen gründete und Denjenigen, die nach ihm folgten, die wahre und gute Methode lehrte. Morgagni war ein Riese der Wissenschaft, er hat in der Anatomie eine Umwälzung hervorgebracht, deren Wohlthaten noch heute fühlbar sind.

Dann sprachen Brouardel (Paris) über den Kampf gegen die Epidemien und Babes (Bukarest) über die Stellung des Staates zu den Resultaten der modernen Bacterienforschung. Beide Vorträge wurden mit lebhaftem Beifall begrüsst, obzwar die Ungezwungenheit der Südländer dem Verständnisse der Vorträge grossen Abbruch that und die schönsten Sätze ungehört und unverstanden im ewigen Geräusch verloren gingen.

Die Gluth der italienischen Sonne wurde bisher von den Congressisten nicht allzu sehr empfunden; dann trat Jupiter Pluvius in Erscheinung und damit fiel eine Menge schöner Projecte in's Wasser. Sollte das herbstliche Regenwetter andauern, dann wären die schönsten Theile des versprochenen Programms verloren. Dessenungeachtet sind die kothigen Strassen Rom's ausserordentlich belebt, namentlich die Via Nazionale, wo sich im Gebäude der Schönen Künste die internationale medicinische Ausstellung befindet. Die Römer sind von ihr entzückt und officielle Kreise, italienische Aerzte, die hiesigen Journale, loben sie über alle Maassen; Diejenigen jedoch, die sich in der Welt schon ein wenig umgethan, bleiben kühl bis an's Herz hinan. Die Ausstellung wurde von Crispi eröffnet, der, von einem ganzen Stab von Diplomaten, Generalen, Officieren und Aerzten begleitet, die Exposition mit minutiöser Aufmerksamkeit durchwanderte. Die Bundesgenossenschaft Italien-Oesterreich-Deutschland kam auch hier zur Geltung, da sich der Minister-Präsident für die Sectionen dieser Staaten am meisten interessirte, obzwar auch die französische Abtheilung durch eine längere Besichtigung ausgezeichnet wurde.

Digitized by Google

Bemerkenswerth ist eine grosse Collection alter Bücher und Handschriften über Medicin, welche in italienischen Bibliotheken verwahrt sind und die man jetzt nach Rom zu transportiren die ausgezeichnete Idee hatte. Für Kenner ist dieser Theil der Ausstellung wohl der werthvollste. Grosse Gruppen von Aerzten sieht man stets versammelt bei der militärischen Section Preussens, bei den Apparaten zu physiologischen Untersuchungen, die Frankreich geschickt.

Die grosse Anziehung, welche diese Ausstellung ausübt, fand in dem Besuche des königlichen Paares, mitten im strömenden Regen, eclatanten Ausdruck. Die Majestäten sollen ganz spontan den Wunsch geäussert haben, die medicinische Ausstellung zu besuchen, um die Producte der internationalen Industrie in der Medicin und Hygiene genau zu betrachten. Anwesend waren die officiellen Persönlichkeiten des Congresses, die Präsidentin des stets unsichtbaren „Damen-Comité's"; eine Legion von Congressisten und ein Meer von Menschen in der Via. Während des beinahe dreistündigen Aufenthalts durchwanderten die Majestäten die Säle der Ausstellung; die Königin sprach mit den Ausstellern bald deutsch, bald französisch oder englisch, hatte für Jeden ein freundliches Wort und reichte Vielen für die empfangenen Erklärungen dankend die zarte Hand. Die folgende Scene verdient speciell fixirt zu werden: Die hohe Frau kam gerade dazu, als man einem Priester eine wunderbar verfertigte künstliche Hand accommodirte, deren er sich bei seinen geistlichen Funktionen in der denkbar vollkommensten Weise bedienen konnte Der Priester hatte nur eine Hand, und die Königin frug theilnehmend, durch welches Unglück er die andere verloren. Der Priester antwortete humostisch: „Auf der — Jagd" und überreichte mit der künstlichen Hand ein kleines Blumenbouquet, welches die Königin lächelnd entgegennahm. Unter den Kundgebungen aufrichtiger Begeisterung Seitens der Menge kehrten die Majestäten in's Quirinal zurück, überall den besten und freundlichsten Eindruck zurücklassend.

Die internationale medicinische Ausstellung ist, wie gesagt, nicht besser und nicht schlechter wie alle ihre Vorgängerinnen. Eine kosmopolitische, polyglotte Menge circulirt ohne Unterlass in den Gängen, Sälen und auf den Treppen, ohne, wie es bisher stets und sehr zweckmässig üblich gewesen, einen Katalog zu finden. Man sucht umsonst den wohlthätigen Ariadnefaden, der uns irgendwie in diesem Labyrinth von Objecten leiten würde, vergeblich einen Indicateur in diesem veritablen Berg von Operationsbetten, chirurgischen Instrumenten, Phiolen, Bandagen und medicinisch-chirurgischen Apparaten aller Art. Trotz dieses Wirrsals ist das Getriebe daselbst sehr anziehend; man hört alle europäischen Sprachen durcheinander klingen, und glaubt sich in einen Bazar von Stambul versetzt und, obzwar das nicht galant ist, remorquirt man mit den Ellbogen zwischen den verschiedensten Schönheiten des Erdenrunds, von der dunklen Senorita Spaniens bis zum blonden deutschen Fräulein, von der muthwilligen Französin bis zur hysterischen Engländerin oder excentrischen Amerikanerin.

Unterdessen wird in den 23 Sectionen von 8 Uhr Früh bis 16 (4) Uhr Nachmittags täglich das enorme Pensum von nahezu 300 Vorträgen absolvirt. Sämmtliche Gebiete der medicinischen Wissenschaft werden in mehr oder weniger werthvollen, in mehr oder weniger verlässlichen Mit-

Digitized by Google

theilungen verhandelt. Mitunter werden wirklich neue, der Menschheit nützliche und segensreiche Wahrheiten verkündet, in vielen Fällen jedoch — dies muss schon jetzt offen gesagt werden — wird der Congress zum Tummelplatz für den wissenschaftlichen Schwindel degradirt, wo die Schablone und die Marktschreierei in's weithinschallende Horn stossen.

Zu den gediegenen Aeusserungen eines wahrhaft philosophisch geschulten Kopfes gehört jener Vortrag, den Professor Nothnagel bei der zweiten Generalversammlung über „Anpassung des Organismus bei pathologischen Veränderungen" gehalten hat. Vom echtesten Geiste Darwin's durchweht, behandelt Nothnagel jene wunderbare Erscheinung, nach welcher durch Accommodation und Compensation mitunter die krankhaften Erscheinungen im menschlichen Körper vom Organismus selbst überwunden werden. An der Hand unwiderlegbarer und unzählige Male beobachteter Thatsachen wird Nothnagel zu der Folgerung gezwungen, dass keinerlei Bedürfniss die als sogenannte Anpassungen bei pathologischen Zuständen bezeichneten Veränderungen hervorruft und keinerlei Zweckmässigkeit bei ihrer Entwickelung eine Rolle spielt. Sie werden und entstehen, wo sie werden und entstehen können, d. h. wo die materielle Möglichkeit für ihre Entstehung überhaupt gegeben ist, ohne Rücksicht darauf, ob sie für das Individuum nützlich oder schädlich sind. Compensation und Accommodation werden von Gesetzen beherrscht, welche in der lebendigen Natur ebenso zwangsweise wirken, wie diejenigen Gesetze, welche das Fallen des Steines, das Abwärtsfliessen des Baches und die Attraction zweier Molecule bedingen. Alles, Bacelli voran, eilte auf den Sprecher zu, um ihm für diese Offenbarung tiefen Geistes zu danken, und wir Hörer fanden hinreichende Entschädigung für so manche hier erlebte Enttäuschung.

Dann kam Sonntagsruhe, das Wetter herrlich und die Poliklinik verlassen. Die Congressisten besuchten die Castelle und Paläste, Andere erholten sich in Tivoli, viele Gruppen in den Galerien und Museen, Andächtige in den Kirchen und bei 300, die Einlass erhielten, wohnten einer Frühmesse im Vatican bei, die Se. Heiligkeit der Papst in der Sala du cale celebrirte. Die Züge nach der Umgebung Roms konnten sich mit der ungewohnten Last nur schwer vorwärtsbewegen, dennoch herrschte überall Frohsinn. Man sprach nicht mehr von Amputationen, Trepanationen des Schädels, Inhalationen von Oxygen, von der Therapie der Diphtheritis oder der Schwindsucht, man vergnügte sich in der ernsten Heiterkeit der römischen Campagna, welche so schön und grandios in dem Glanz eines prächtigen Frühlingstages erblühte. In Frascati bewunderte man die Seen und Castelle, auf dem Wege die zerstreut liegenden Tempelruinen des Bacchus, in Tivoli den vorzüglich erhaltenen Vesta-Tempel mit seinen herrlichen corinthischen Säulen, den Tempel der Sybillen, die öde verlassene Villa d'Este. Die Macht und Grösse des antiken Rom zog wehmüthig an unserem Geiste vorüber. Es war Ferialtag und erst am Montag eilten die Aerzte zu den Sectionen in die Poliklinik, wo abermals an 300 Vorträge gehalten wurden.

Es ist Mitternacht. Ich höre von meinem einsamen Hotelzimmer noch immer das Knallen der Raketen, die man von der Spitze des Capitols in die Nacht sendet, um das zu Ehren der Congressisten illuminirte alte Rom, das Colosseum, den Palatin, das Forum romanum noch

Digitized by Google

glänzender zu beleuchten. Diese Illumination war wohl Mystification und Schwindel, dennoch war sie geeignet, uns diese Herrlichkeiten ahnen zu lassen. Von der Schönheit, welche das beleuchtete antike Rom darbietet, hat man keinen Begriff. Sieht man das Colosseum so electrisch projicirt, da scheint Alles um dasselbe her klein; es ist so gross, so mächtig, dass man das Bild nicht in der Seele behalten kann; man erinnert sich seiner, aber das geistige Auge vermag diese ungeheure Masse nicht widerzuspiegeln.

Doch so wie all' den Festlichkeiten, die man uns in Aussicht stellte, wurde keiner mit mehr Interesse, Ungeduld und Neugierde entgegengesehen, als dem Gartenfeste im Quirinal, das in den königlichen Gärten stattgefunden hat. Man konnte sich kein günstigeres Wetter wünschen, es war, als hätte die Sonne mit ihren schönsten Strahlen das glänzende Fest noch glanzvoller gestalten wollen, welches der Souverän Italiens den Gelehrten anbot, bevor sie seine Hauptstadt verlassen. Der italienische Hof war auf der eigens für diese Gelegenheiten errichteten Estrade versammelt; die vielen Duchessen, Marquisen, die Minister, das diplomatische Corps, eine dichtgedrängte Menge von Congressisten warteten auf das königliche Paar, welches zur programmmässig angesetzten Zeit, präcis 16 (4) Uhr, erschien. Die Botschafter stellten nach eingeholter Erlaubniss die ihnen bekannten Aerzte ihres Landes vor. Im Garten wurden unterdessen Champagner und Erfrischungen aller Art servirt, denen Damen und Herren ungenirt zusprachen. Das war endlich ein gelungenes Arrangement, bei dem jedoch das Congress-Comité nicht betheiligt war.

Die meisten Aerzte verlassen indessen die Stadt, ohne das Ende des Congresses abzuwarten. Abgesehen davon, dass die Aussicht auf wissenschaftliche Ausbeute schon in den ersten Tagen eine wenig verheissende war, wurde alles Interesse von Rom selbst absorbirt und man fand mehr Befriedigung, sich damit zu beschäftigen, das alte Rom von Neuem zu entdecken, als die mitunter recht unreifen Ergüsse in den Sectionen anzuhören. Befriedigte giebt es Wenige, höchstens Jene, die entweder durch den Glanz ihres Namens, durch wirkliche Leistungen, durch den Nachdruck ihrer Verbindungen, oder auf anderem Wege die Strahlen der königlichen Sonne auf sich zu lenken verstanden. Jetzt jedoch eilen wir Alle froh nach Hause. Wir bringen vielleicht etwas in der Seele mit, was wachsen und sich vermehren kann, doch sind wir in erster Reihe gelehrt worden, unser schönes und theures Vaterland zu würdigen und zu lieben.

Section: Ohrenheilkunde.

Prof. Moos berichtet über einen höchst instructiven und interessanten Fall von Trombose des Sinus lateralis als Folge von Otitis media suppurativa.

Moure spricht über latente Gehirnabscesse in Folge von Otitis media suppurativa. Es ist aus solchen Fällen ersichtlich, dass mitunter nicht allein die Diagnose, sondern auch die Indication für den chirurgischen Eingriff sehr schwierig ist. In dem von ihm beobachteten Fall waren die Symptome sehr dürftig, so zwar, dass einen Tag vor dem plötzlichen Tode der Patient allein nach Hause ging. Der Patient wurde plötzlich von epileptischen Krisen ergriffen und starb nach wenigen Minuten.

Digitized by Google

Vortragender glaubt, dass bei Anwesenheit eines unbehinderten Ohrenflusses, bei welchem die lanzirenden Schmerzen auf einen gewissen Punkt des Schädels fixirt sind, der Warzenfortsatz ausgiebig eröffnet werden muss, um von dort um so leichter den Gehirnabscess finden zu können.

Politzer glaubt, dass in solchen Fällen sich der Abscess auf die Oberfläche des Gehirns eröffnet und eine acute Meningitis zu Stande bringt. — Rossi stimmt über die Todesursache mit Politzer nicht überein, indem er glaubt, dass der plötzliche Tod durch Erguss des Abscesses in den lateralen Ventrikel erfolgt. — Grazzi behauptet, dass man mit einigem Rechte auch annehmen könnte, dass der plötzliche Tod bei solchen Fällen durch cerebrale Hämorrhagie eintritt. — Moure stimmt Grazzi's Ansicht nicht bei, da die lanzirenden Schmerzen und der profuse Schweiss Symptome der vorhergehenden Tage waren. — Gellé erwähnt einen Fall eines cerebralen Abscesses, bei welchem der Abscess mit der Trommelhöhle in gar keiner Verbindung stand. Dieser Patient kam zum Vortr. zu Fuss; es schien Anfangs ein Typhus zu sein, der Patient wurde immer schwächer und starb einige Tage später. Auch dieser Fall beleuchtet die Schwierigkeit der Diagnose. — Cozzolino knüpft an diese Discussion die Erzählung von Schliemann's Tod, der ebenfalls dar Opfer eines otorrhoischen Gehirnabscesses war. — Poli und Reinard theilen ebenfalls einige Fälle gleichen Genres mit.

Gradenigo spricht über syphilitische Affectionen des Ohres und sagt, dass ausser den schon bekannten Formen noch eine andere Form existirt, die viel Aehnlichkeit mit dem chronischen Mittelohrcatarrh hat und sich häufig mit der Keratitis interstitialis verbindet; man findet sie häufiger beim weiblichen Geschlecht, und zwar zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre Eine specifische Behandlung, verbunden mit der otiatrischen, hat Aussicht auf Erfolg. — Gellé behauptet, dass er bei suppurativen syphilitischen Formen nur eine specifische Behandlung einleitet und dass dieselben auch in vorgerückterem Alter vorkommen. — Avoledo wünscht zu wissen, welche Läsionen im Labyrinthe zu finden sind. — Gradenigo erwidert, dass von Habermann Osteosclerosen des Schläfebeins gefunden wurden, die höchst wahrscheinlich specifischer Natur waren und hauptsächlich das Felsenbein ergriffen. — Grazzi bemerkt, dass man sehr leicht die Syphilis des Ohres speciell vom schallleitenden Apparat diagnosticiren kann und dass manchmal einfache Mittelohrcatarrhe mit allgemeinen syphilitischen Formen concurriren, dass dieselben bei einer anticatarrhalischen Behandlung heilen. — Cozzolino erwähnt, dass der Nasenrachenraum der einzige directe Vermittlungsweg zum Ohr ist, wenn es sich um syphilitische Ohrenkrankheiten handelt. — Bronner bemerkt, dass Keratitis interstitialis mit Ohrsyphilis zusammentrifft.

Colladon spricht über Fixationsabscesse in der Otologie. Der Fixationsabscess ist ein Process in der Natur, durch welchen die Entzündung mit eitriger Tendenz eines tiefer gelegenen Organes derivirend auf die Peripherie wirkt. Das Ohr participirt ebenfalls an diesem Vortheil. Eine eitrige Mittelohrentzündung kann durch das Auftreten eines Eczems im äusseren Gehörgange heilen; es giebt Medicamente, welche mittels desselben Princips curativ wirken; eine solche Behandlung ist speciell bei Tympanitis suppurativa acuta, ja mitunter sogar bei chro-

Digitized by Google

nischen Eiterungen der Trommelhöhle angezeigt. — Szenes will das Princip nur bei mit Otitis externa complicirter Otitis media anwenden. — Gradenigo ist über die Häufigkeit dieser Erscheinung bei zwei Autoren, als auch über die absonderliche Behauptung erstaunt. — Rossi glaubt, dass Otitis externa mit Otitis media suppurativa nichts zu thun hat und dass sie eher durch ungeeignete Medication entsteht.

Gradenigo spricht über Pathogenese des Menière'schen Schwindels. Er unterscheidet zwei Formen: eine, bei welcher der pathologische Zustand des Mittelohres einen collateralen oder Reflexreiz in den Ampullen hervorbringt; die andere, welche direct in den Ampullen entsteht. Die Behandlung ist eine beobachtende.

Avoledo präsentirt einen operirten und geheilten Fall von Menière'schem Schwindel. Es besteht auricularer Schwindel, begleitet von psychomotorischen Störungen. — Moos bringt seine Theorie über die Function der halbcirkelförmigen Canäle in Erinnerung.

Kirchner spricht über Neurosen des Warzenfortsatzes und der Schnecke und zeigt einen Sequester, der den ganzen Warzenfortsatz enthält, der sich in Folge einer chronischen Otitis media losgelöst hat; er demonstrirt ferner eine ganze Schnecke, ebenfalls durch chronische Eiterung ausgestossen, woran Caries an den ersten zwei Windungen genau zu erkennen ist. Bemerkenswerth ist bei diesen zwei Fällen, dass das Gehör beinahe vollkommen erhalten war. Ferner demonstrirt Kirchner einen neuen, von ihm modificirten Delstanche'schen Masseur, bei welchem Druck und Aspiration beliebig angewendet werden können.

Rossi glaubt, dass bei den erwähnten Fällen nicht alle nöthigen Messungen vorgenommen wurden, um zu constatiren, ob das Gehör wirklich so wenig alterirt wurde und erzählt einen analogen Fall mit weniger günstigen Hörfähigkeiten, wobei die Luftleitung mittels eines sinnigen Vorgehens erprobt wurde. — Gradenigo glaubt, dass es sich in diesen Fällen um ein einfaches Factum der Resonanz handelt. — Kirchner erwiedert, dass der Beweis mittels der Luftleitung bei Schneckenmangel ihm weder richtig, noch durchführbar erscheint, weil es schwer ist, die Function des anderen gesunden Ohres ganz abzuschliessen.

Gellé spricht über Facialis und seine Verletzungen. Er demonstrirt die intimen Beziehungen des Facialis mit der hintern Wand der Trommelhöhle; er recapitulirt die Normen für die Operationen am Warzenknochen des Articus und des Antrums und sagt, dass die hauptsächlichsten Symptome dieser Läsionen sich in den Verletzungen des Facialis resumiren; zur Unterstützung seiner Arbeit theilt er 42 Beobachtungen mit.

Grazzi findet einige Behauptungen des Vortr. befremdend, lobt indessen die Arbeit und deren practische Vortheile.

Politzer spricht über eine neue Form der Erkrankung des Ohres. Er beweist auf Grundlage einer Serie von anatomischen und klinischen Beobachtungen, dass in einer bedeutenden Zahl von Mittelohrsclerosen die anatomische Basis in einer primitiven Erkrankung der knöchernen Labyrinthkapsel zu suchen sei, welche in einer circumscripten Entzündung in der Umgebung des ovalen Fensters besteht, die se undär Proliferation des knöchernen Gewebes mit neuen Formationen gegen

Digitized by Google

das ovale Fenster, Anchylose des Stapes und Verschluss des ovalen Fensters hervorbringt.

Moos beobachtete vor 30 Jahren einen Fall, bei welchem Hyperostose des Schläfebeins vorhanden war; alle Oeffnungen waren obliterirt, es waren Anchylosen beider Stapes, die Verkrümmungen der Platten, Verhärtung der Schneckenscala, Verengung des halbzirkelförmigen Canales und Atrophie der membranösen Canäle vorhanden. — Colladon behauptet, bei Gelenkrheumatismus dieselben Abnormitäten beobachtet zu haben und erwartet von der Jodkur grossen Vortheil. — Madeuf fragt, ob ähnliche Knochenläsionen bei anderen Theilen des knöchernen Systems vorkommen. — Politzer erwiedert, dass trotz wiederholter Untersuchungen diese Veränderungen nur in den von ihm beschriebenen Gegenden vorkamen.

Moos demonstrirt eine Serie von Präparaten: 1) Necrose eines geheilten Canalis facialis; 2) beinahe complete Obliteration der halbzirkelförmigen Canäle; 3) Verknöcherung des grössten Theiles von zwei Schneckenwindungen; 4) Verbreitung der Entzündung und schliessliche Vereiterung des ganzen Mediolus.

Grazzi spricht über acustische Signale bei den Eisenbahnen. Die Wichtigkeit des Gegenstandes, welche nicht allein die Ohrenärzte, sondern auch das auf Eisenbahnen reisende Publikum interessirt, rechtfertigt Vortr., dass er den Gegenstand wieder aufnimmt, welcher von Moos, Morpurgo, Lichtenberg mit grosser Gründlichkeit schon behandelt wurde. Grazzi erwähnt, dass zur Sicherheit des reisenden Publikums in Italien schon so Manches gethan wurde, dass aber immerhin noch Vieles zu thun übrig geblieben, und unterstützt seine Behauptungen mit Thatsachen. Er führt u. A. den jüngsten Bahnunfall bei Limito an, der ebenfalls durch mangelnde Hörfähigkeit eines Bahnbediensteten verschuldet wurde und frägt die Anwesenden, ob zur Verhütung von solchen Unglücksfällen in den betreffenden Ländern Verfügungen getroffen werden. Aus den Antworten war ersichtlich, dass ausser in Baiern und dem Grossherzogthum Baden das Engagement des Zugpersonals ohne entsprechende Controle vorgenommen wird.

Szenes spricht über Europhen, Alumnol, Diaphterien und über Antiseptici bei Ohrenkrankheiten.

Cozzolino hält einen Vortrag über Otoneurasthenie, verbunden mit oder als Folge von Otopathie und Rhinopharyngopathie. Er sagt, dass es eine klinische Form von Otoneurasthenie giebt, welche ausschliesslich der Labyrinthspannung angehört und ebenso cerebralen, als vasomotorischen Ursprunges sein kann. Sie ist häufig bilateral mit Hyperacusis verbunden. Wenn ein früher normal hörendes Individuum sich auf einmal über Gehörstörungen beklagt, muss stets die Cerebrospinalaxe und der Tonus muscularis geprüft werden. Ohrenschwindel verbindet sich häufig mit neurasthenischem Schwindel, Gehörshallucinationen sind nur bei neurasthenischen Individuen möglich, die sich andererseits mit hysterischen vereinen. Diese neurasthenischen Ohrenkrankheiten vergesellschaften sich mit Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen des Nasenrachenraumes u. s. w.

Hierauf referirt Cozzolino über 120 Warzenerkrankungsfälle, von ihm operirt und behandelt vom Jahre 1883 bis 1893. Er unterscheidet

Digitized by Google

ganz richtig drei Formen mit dreierlei Therapie, der man füglich nach Ansicht des Referenten eine vierte anschliessen könnte. — Ficano frägt, ob bei neurasthenischem Schwindel auch Gehörsreduction vorhanden ist. — Cozzolino antwortet, dass eine Steigerung der Gehörsperception eher zu constatiren wäre.

Rossi demonstrirt Experimente mit dem Myringographen. Der Apparat besteht aus einem Diapason, welcher unter der Action eines electrischen Stromes eine Flüssigkeit in einer Röhre bewegt, an deren Ende zwei Membranen postirt sind, welche die erhaltene Bewegung einer Trommel, gleich der von di Marey, übermitteln. Er schliesst aus diesen Experimenten, dass, wenn man ohne Energieverlust die Bewegungen einer Stimmgabel mittels einer Flüssigkeitscolonne zwei den Trommelfellen gleichen Membranen übermitteln kann, wenn man diese Bewegungen auf einem Cylinder zu fixiren im Stande ist, wenn die Grösse der Bewegungen einer Membran in geradem Verhältnisse mit der einer analogen Membran ist, so kann man mit dem Myringographen die Bewegungen des Trommelfells und jene der Gehörknöchelchen in gesundem und krankem Zustande beobachten.

Politzer spricht die Ueberzeugung aus, dass die soeben mitgetheilten Experimente der Wissenschaft, sowie der Praxis wesentliche Dienste zu leisten berufen sind. — Grazzi frägt, auf welche Weise die Bewegungen des Apparates von Luft und Boden isolirt waren. — Gellé behauptet, dass die Resultate dieser Experimente grösstentheils von der Höhe der benutzten Stimmgabel (ut^3) abhängen.

Hierauf spricht Ludewig über Extraction der cariösen Gehörknöchelchen bei Otitis media suppurativa chronica. Er hält die Operation für angezeigt bei Granulationen im Mittelohr, bei Perforation der Membrana flaccida, bei evidenter Necrose der Gehörknöchelchen. Die erhaltenen Resultate sind sehr verschieden. In 85 Fällen fand Vortr. Caries des Ambosses.

Politzer fügt hinzu, dass die Operation bei Cholesteatom im Antrum oder im Epitympanium ebenfalls angezeigt ist. — Avoledo frägt, wie oft Vortr. bei dieser Operation Störung der Chorda tympani beobachtet hat. — Ludewig behauptet, es häufig genug gefunden zu haben, aber die Patienten kümmerten sich nicht darum und es ging dann Alles wieder vorüber. — Reinard beobachtete bei Caries des Trommelfelles 50 pCt. Cholesteatome.

Ferreri spricht über den Einfluss der caustischen Behandlung bei Entfernung der cariösen Knöchelchen. Er geht von der Annahme aus, dass die Excision der Knöchelchen nicht immer gute Resultate giebt und glaubt, dass einem operativen Eingriff stets eine caustische Cur vorhergehen müsse.

Szenes spricht über zwei geheilte Fälle von totaler Taubheit mittels Pilocarpin.

Gradenigo zweifelt an der Richtigkeit der Diagnose und behauptet, dass der erste Fall Hysteria infantilis und der zweite erworbene Syphilis war. — Avoledo wendet Pilocarpin mit gutem Erfolge an bei doppelseitiger chronischer Trommelhöhleneiterung mit progressiver Taubheit, wenn weder Caries noch Cholesteatom oder irgend welche, die Wirkung des Pilocarpins hindernde Umstände vorhanden sind, während bei hyper-

Digitized by Google

plastischen und chronischen Catarrhen von Pilocarpin nichts zu erwarten ist. — Szenes vertheidigt Gradenigo gegenüber seine Behauptungen.

Dundas Grant demonstrirt einen Ohrenspiegel, an dessen Ende eine bewegliche Sonde mit Charnier angebracht ist. Ferner ein Furunculotom für tiefgelegene Furunkel im äusseren Gehörgange.

Grazzi spricht über Malaria und dessen Einfluss auf's Ohr und behauptet, dass dieselbe Congestion und Entzündung verursacht, welche bis zum acustischen Apparat vordringen kann, und dass diese Form mit Chinin und localer Desinfection heilbar sei.

Blake spricht über die Anwendung des Löffels bei Operationen des Warzenknochens. Er macht mit dem Trepan eine kleine Oeffnung im Knochen, vergrössert dieselbe mit dem Meissel und wendet dann Löffel von verschiedener Grösse an, bis die Verbindung mit dem Antrum hergestellt ist. Er legt keine Naht und curirt trocken. Die Löffel haben einen langen Stiel und sind becherförmig. Hierauf spricht er über Extraction des Stapes bei chronischen, nicht eiternden Processen des Mittelohres. Unter 22 Fällen war ein einziger Erfolg, die andern 21 verschlimmerten sich ebensowohl bezüglich der Hörfähigkeit, als der Geräusche; in zwei Fällen trat heftiger Schwindel auf. Er spricht daher dieser Operation jeden Nutzen ab.

Cozzolino theilt die Ansicht Blake's. — Rossi frägt, was Vortr. durch Mobilisation des Steigbügels beabsichtigt und in welcher Weise er sie ausführt. — Colladon räth Vorsicht an. — Blake beschreibt sein Vorgehen bei der Tympanotomie, trennt dann den Tensor tympani, den Stapesmuskel, eventuelle Adhäsionen, lässt dann die Oeffnung verheilen. — Gradenigo meint, dass etwelche Verbesserung der Reizung der Trommelhöhle zugeschrieben werden müsste. — Gellé meint, dass ausser dieser Reizung eine tiefere Action der nervösen Centren ebenfalls eine Rolle spielen dürfte. — Corradi schliesst jedwede Reizung aus, da dieselbe bald verschwindet; Masini jedoch schliesst sich den früheren Sprechern an.

Secchi spricht über einen neuen Beitrag zur Physiologie des Mittelohres, nach welchem er die Ueberzeugung ausspricht, dass ebensowohl die Kette der Gehörknöchelchen, wie die dieselben bewegenden Muskeln keine Schallleiter sind, sondern einen Accomodationsapparat repräsentiren. — Gradenigo behauptet, dass diese Theorie aus klinischen Gründen unhaltbar wäre, weil bei verkalktem Trommelfell das Gehör häufig tadellos ist, während dasselbe wesentlich reducirt ist bei scheinbar ganz normalem Trommelfell und doch Anchylose der Knöchelchen vorhanden ist. — Cozzolino unterstützt Secchi mit der Theorie Sapolini's und Scarpa's, welche die Gehörperception auf das runde Fenster verlegen. Masini hält die vorgebrachten Deductionen für verfrüht.

Garnault spricht über drei Fälle von Stapedectomie und wird von Masini, Cozzolino und Gradenigo bekämpft. — Madeuf verhandelt über Auscultation der Ohrgeräusche und theilt einen Fall mit, bei welchem das Geräusch synchronisch mit dem Herzschlag war, aus der Entfernung hörbar, das Herz normal und der Patient dasselbe willkürlich hervorbringen konnte.

Isaia spricht über Behandlung der Otitis media bei scrophulösen Individuen, und sich auf die Erfahrungen vieler Autoren

Digitized by Google

bei Lupus und Tuberculose berufend, und auf Grund eigener Beobachtungen glaubt er die alcohol-balsamischen Lösungen empfehlen zu dürfen. — Cozzolino hält das Wort „Otorrhoea" für unwissenschaftlich.

Gradenigo glaubt, dass die Wahl eines Mittels unvollkommen sei, wenn man den speciellen Fall nicht berücksichtigt.

Lewy demonstrirt einen neuen Acumeter, der schon im Januarheft dieser Monatsschrift ausführlich beschrieben wurde.

Flatau setzt die Nothwendigkeit auseinander, für taubstumme Kinder Asyle zu errichten und sagt, dass in Berlin ein solches Institut schon besteht und den Unglücklichen grosse Vortheile bietet. — Blake fügt hinzu, dass auch in Boston ein solches Institut zu finden ist. — Gradenigo hält es für wünschenswerth, dass solche Institute auch in Italien errichtet werden mögen. — Politzer hebt hervor, dass er auch ohne specielle Apparate und Uebungen schon Gehörverbesserungen bei taubstummen Kindern erreicht hat, denn acustische Uebungen machen die Kinder nervös und in Anbetracht der Verwüstungen, die in solchen Fällen vorhanden sind, ist von acustischen Uebungen nichts zu erhoffen. In dem Maasse, als der Taubstumme das Mittel gewonnen, die Vocale auszusprechen, ist nur möglich, die Modulationsfähigkeit der Worte zu verbessern, welche übrigens häufig auch ganz spontan eintritt.

Bosio spricht über Behandlung der Taubheit bei Sclerose mittelst weiter Eröffnung des Trommelfelles. In zwei Fällen hat er sehr schöne Erfolge damit erreicht und obzwar er weit entfernt ist, diese Methode immer für verlässlich zu halten, kann er dieselbe, bevor andere operative Eingriffe versucht werden, empfehlen. Derselbe demonstrirt ein Messerchen mit Doppelschneide zur Tenotomie des Tensor tympani und hebt den Vortheil desselben hervor, dass dasselbe auf beiden Seiten benutzt werden kann, ohne die Richtung zu verändern, oder das Messer herausziehen zu müssen.

Cozzolino spricht über einen Fall, bei dem vor 4 Jahren die Myringodectomie gemacht wurde. Das Mädchen wurde besser, aber bei der Prüfung des Gehöres mit der Uhr wurde nächsten Tag ein Ausfall von 2—3 Secunden beobachtet; der Zustand dauert noch heute. — Ficano frägt, ob Suggestion ausgeschlossen werden könnte. — Gradenigo frägt, ob diese Erscheinung nicht als auriculare Erschöpfung gedeutet werden könnte. Cozzolino erwidert, dass das Mädchen nicht hysterisch war und mit verbundenen Augen geprüft wurde. Hierauf demonstrirt Cozzolino Instrumente für den Nasenrachenraum. Schliesslich hält Poli einen Vortrag über Ohrsyphilis und deren Behandlung; er hat mit einer gemischten Cur, mit Injectionen von Calomel und Pilocarpin, Erfolge erreicht bei Fällen, wo die Syphilis-Diagnose eine zweifelhafte war.

Kleinere Unvollkommenheiten, so der Vortrag von Moos, werden später ergänzt. Die Berichterstattung hat aus der Discussion nur Wesentliches aufgenommen, weil es nicht ihre Aufgabe sein kann, für unreife Expectorationen Reclame zu machen oder schülerhafte Aeusserungen zu notiren. Das Präsidium sollte schon einmal seine Vorrechte unberufenen und zudringlichen Sprechern gegenüber etwas strenger üben, und auch die Mitglieder der Section dürften es nicht ungeahndet lassen, wenn „Dichtung" in der Wissenschaft sich hervorwagt und der Wahrheit so

Digitized by Google

keck die Stirne bietet. Wenn wir noch lange nachsichtig und rücksichtsvoll sind, dann wird man sich von den Congressen mit Verachtung abwenden. Lichtenberg.

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber den Werth acustischer Uebungen an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständiger Taubheit. Von Prof. Dr. Victor Urbantschitsch. (Wiener klinische Wochenschrift No. 1, 1894.)

Ein besonders auffallender Hörerfolg, den V. vor mehreren Jahren durch acustische Uebungen an einem tauben Kinde erzielte, veranlasste ihn, auf den Gegenstand näher einzugehen, und seit 1½ Jahren hat er sich von dem Werthe dieser Hörübungen an einer grösseren Anzahl von Taubstummen überzeugt. Die Art und Weise seines Vorgehens besteht darin, dass er dem Taubstummen einzelne Vokale in's Ohr ruft, die er früher durch Buchstaben bezeichnet, und das so lange wiederholt, bis dieselben ungenau oder genau nachgesprochen werden. Später werden auch die Consonanten herangezogen, und bei fortgesetzter Uebung Silben und Worte in Anwendung gebracht. Die Bedeutung der Worte wird nicht immer gleich erfasst. V. räth, auch Worte ohne Bedeutung zu benutzen, damit man sicher sei, dass nicht combinirt wird.

Die vom Verf. erzielten Resultate sind sehr verschieden; zuweilen tritt eine erfreuliche Entwickelung des Hörvermögens ein, zuweilen zeigt sich aber, trotz fortgesetzter Uebungen, ein Stillstand in der Besserung, sogar in manchen Fällen, ohne nachweisbare Ursachen, eine Gehörverschlimmerung. Ausdauer, Beharrlichkeit und Geduld sind übrigens auch in diesen Fällen von grosser Wichtigkeit. — Mitunter tritt bei den Uebungen acustische Ermüdung, allgemeine Nervosität oder erregte Stimmung auf, die eine Einschränkung der Uebungen erfordert, doch wäre totales Aussetzen derselben zu vermeiden. V. zieht von alldem den Schluss, dass man auch hier vorsichtig und streng individualisiren muss; er übt anfangs in Pausen von 5—10 Minuten täglich nur 1 Stunde, um bei Toleranz auch noch darüber hinauszugehen.

Bezüglich der Stärke der anzuwendenden Töne warnt V. vor allzu turbulentem Schalle, und das Hörrohr kommt nur dort in Anwendung, wo die taubstumme Person damit eigene Uebungen anstellen soll. Vorsichtig gemachte Experimente haben V. die Ueberzeugung verschafft, dass tactile Empfindung einen Höreindruck hervorzubringen nicht vermag. Auch bei erworbener Taubheit, sogar in vorgerücktem Alter, hat V. durch Hörgymnastik Erfolge erzielt. Alle Erfolge dieser Methode führt V. auf die Activirung oder Reactivirung des bei taubstummen oder tauben Personen vernachlässigten Hörsinnes zurück, der durch Uebung einen gewissen Grad von Perceptionsfähigkeit wieder erlangen kann. Hierauf werden vom V. drei Fälle demonstrirt.

Ohne die Bedeutung dieser Mittheilung im Entferntesten degradiren

Digitized by Google

zu wollen, muss ich constatiren, dass schon Lincke auf die durch lange Zeit fortgesetzte Gymnastik des Gehörorganes bei Taubstummen grosses Gewicht gelegt hat. Sein humaner Sinn hat sich mit der orthophonischen Erziehung der Taubstummen nicht begnügt, sondern, gestützt auf die sicheren Gesetze der Natur und der Physiologie, hat er schon längst die Regeln festzustellen versucht, schon längst ein organisches codificirtes System orthoacustischer Unterweisungen aufgebaut, nach welchem Taubstumme nicht allein zur unartikulirten Sprache, sondern auch zur relativen Heilung gebracht werden. Die orthoacustische Methode von Lincke ist so vollkommen, dass sie der von Herrn Prof. Urbantschitsch entwickelten auch im Detail nicht nachsteht, ja dieselbe an Feinheit und an bemerkenswerthen wichtigen Momenten übertrifft. Diese längstbekannten Principien übergingen übrigens auch auf den Epigonen Lincke's, und wenn auch literarisch nicht so sehr aufgebauscht, übt sie meines Wissens ein jeder rationelle Ohrenarzt, der gewiss keinen Taubstummen entlässt, ohne dessen Umgebung aufmerksam zu machen, dass man dem Individuum Gelegenheit geben müsse, sein etwa vorhandenes Gehör durch lärmende Spielzeuge und durch geduldig in's Ohr gesprochene Worte zu schärfen und weiter zu entwickeln. Wir zweifeln gar nicht daran, dass selbst unter den Wiener Collegen mancher sich befindet, der schon bessere Erfolge durch die Hörgymnastik erzielte, als sie uns in diesem Aufsatze vorgeführt sind. Die Methode ist nur alt, und darum auch nicht oft Gegenstand literarischer Abhandlungen. Lichtenberg.

Die Methode der centripetalen Pressionen und die Diagnose der Stapesfixation. Von E. Bloch in Freiburg i. B. (Zeitschr. für Ohrenheilkunde XXV, Heft 1 u. 2.)

Der Autor sieht sich auf Grund zahlreicher, über eine längere Zeit sich erstreckender Prüfungen zu einer warmen Empfehlung des bisher wenig beachteten Gellé'schen Versuches veranlasst. Der letztere besteht in Luftverdichtung im äusseren Gehörgang mittelst Ballon, während deren der Ton einer auf den Ballon oder auf die Kopfknochen aufgesetzten Stimmgabel wesentlich schwächer gehört wird. Im Gegensatze zu Gellé sieht Bl. den Grund für diese Tonabnahme nicht in einem erhöhten Labyrinthdrucke, von dem er vielmehr in Uebereinstimmung mit Bezold annimmt, dass derselbe alsbald bei seinem Entstehen durch den Abfluss der Labyrinthlymphe auf dem Wege der Aquaeducte ausgeglichen werde, sondern vielmehr einmal in der erhöhten Trommelfellspannung, ohne jedoch derselben gleich Politzer den alleinigen Antheil an dem Effecte zuzuerkennen, dann aber in der durch die Pression des Trommelfelles bedingten Veränderung des Gleichgewichts der Schallleitungskette und der hierdurch beschränkten Beweglichkeit des Stapes insbesondere, welche eine Abnahme der Stärke der Schallempfindung bedinge. Aus dem Ausfalle des Ergebnisses des Gellé'schen Versuches glaubt Bl. mit Gellé Rückschlüsse auf die Leitungsfähigkeit der Schallleitungskette, speciell die Beweglichkeit des Stapes, machen zu können. Der enge Rahmen eines Referats gestattet es nicht, auf die mannigfachen theoretischen Discussionen, zu welchen das Thema Anlass giebt, einzugehen; jedenfalls ist der Wunsch des Autors berechtigt, dass dem Versuche eine grössere Beachtung wie bisher geschenkt werde, von

Digitized by Google

welchem Gesichtspunkte aus die obige Abhandlung einem eingehenderen Studium nur auf's Beste empfohlen werden kann, wobei die verschiedenen Arbeiten Bezold's über Behinderung der Schallleitungskette, sowie dessen Kritik des Gellé'schen Versuches (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XVII, XVIII) nicht übergangen werden dürfen. Keller.

---

b) Rhinologische:

Nasenstein mit theilweiser Zerstörung der Nasenscheidewand. Doppelter Nasenstein in demselben linken Nasenloch. (Calcul ou rhinolithe avec destruction partielle de la cloison du nez. Double rhinolithe dans la même fosse nasale gauche.) Von Dr. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du nez No. 8, 1893.)

Zwei Fälle von sehr grossen Nasensteinen bei einem 40jährigen und einem 59jährigen Manne. Beide wurden auf natürlichem Wege durch Erweiterung des linken Nasenloches entfernt mittelst gebogener, hinter die Fremdkörper geführter Sonden. Verf. verwirft in solchen Fällen die Zangen; diese Sonden werden an den Fremdkörpern vorbei oder von hinten durch die Choanen eingeführt. Verf. giebt die chemische Analyse und die genaue Abbildung der drei Nasensteine, welche er wahre Nasensteine nennt und welche ebenso wie die Thränenflüssigkeit und der Nasenschleim zusammengesetzt sind und ebenso wie die Blasensteine local entstehen; die einen Fremdkörper enthaltenden und durch Auflegen entstandenen Rhinolithen nennt Verf. falsche Nasensteine.

Dr. P. K.

Beitrag zur Statistik der Sarcome der Nasenscheidewand. (Contribution à la statistique des sarcomes de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. d'Aguanno. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1893.)

Sarcom der Nasenscheidewand bei einem 11jähr. Mädchen. Seltene Fälle; von den 15 bis jetzt veröffentlichten Fällen waren 4 Encephaloidsarcome. Häufiger bei jungen als bei älteren Leuten. Ursache unbekannt.

Dr. P. K.

Die Pathogenese des nichtinfectiösen Croup der Nasenschleimhaut. (De la pathogénie du croup non infectieux de la muqueuse nasale.) Von Dr. Schiffers. (Société belge de laryngol. et d'otologie, Juni 1893 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 14, 1893.)

Nichtinfectiöser Croup der Mucosa ist theoretisch und klinisch bewiesen; es bestehen keine Allgemeinerscheinungen, namentlich keine Ganglienschwellung. In der Nase wirken solche Membranen blos mechanisch; die Membranen zeigen sich microscopisch als echte Croupmembranen. Man braucht keine Micrococcen, sondern einfach einen eine Zeit lang andauernden Spasmus einiger kleinerer Blutgefässe in Folge localen Reizes anzunehmen; die Prädisposition solcher Kranken erklärt auch das häufige Recidiviren solcher Membranen. Die Behandlung besteht einfach in Bepinselung mittelst alcalischer Lösungen und in Anwendung von Vaselinborsäure. Dr. P. K.

Digitized by Google

Bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims. (Le pouvoir bactéricide du mucus nasal.) Von DDr. Würtz und Lermoyez. (Travail du laboratoire du professeur Straus à Paris. Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Verff. geben, ihren Experimenten entsprechend, die microscopische und chemische Beschaffenheit des Nasenschleims und beschreiben ihre Untersuchungsmethoden. Eine erste Serie von Experimenten, von denen Verff. die wichtigsten mittheilen, beziehen sich auf die bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims im Fall von Milzbrand; in allen diesen Experimenten waren die Resultate identisch und unzweifelhaft positiv. Nach anderen Experimenten, auf andere Bacterien ausgeführt, welche Resultate Verff. später veröffentlichen werden, ist die bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims nicht so ausgesprochen, besteht aber dennoch in auffallender Weise.

Die genau wissenschaftlich durchgeführte Arbeit verdient wegen der darin enthaltenen, für den Specialarzt wichtigen Auseinandersetzungen im Original nachgelesen zu werden. Dr. P. K.

Die zu weite Nase. (Le nez trop libre.) Von Dr. Madeuf. (Société de laryngol. et d'otologie de Paris, séance de Juin et Juillet 1893.)

Soll in der Pathologie mit demselben Rechte wie die Nasen-Verstopfung behandelt werden. Solche Kranke sind fortwährenden Catarrhen der obersten Luftwege ausgesetzt, ohne dass die Lungen etwas Krankhaftes darbieten. Solche Erweiterungen kommen bei Ozaena, Verschiebung des Septums, Atrophie der Muscheln, Syphilis vor, ohne dass der Patient und selbst die Aerzte darauf aufmerksam geworden sind. Es besteht also hier ebensogut wie bei Nasenverstopfung eine Naseninsufficienz, welche meistentheils unheilbar ist; hygienische Vorsichtsmaassregeln bilden die einzige Behandlung. Dr. P. K.

Ueber chronische Rhinitis. (Sur les rhinites chroniques.) Von Dr. Paul Tissier. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1893.)

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus betrachtet, theilt Verf. die chronischen Nasenentzündungen ein in: 1) einfache chronische Rhinitis; Erweiterung der Gefässe, Fehlen der vasculären Wucherungen, ausgebildetes Bindegewebe mit zahlreichen embryonalen Zellen gefüllt, Fehlen des Mucins in den Bindegewebsmaschen, Degeneration der Drüsenelemente; 2) hyperplastische chronische Rhinitis mit colossaler Blutgefässerweiterung und als Folge davon Neubildung jungen Bindegewebes, welches weite Maschen besitzt; letztere sind mit Mucin überfüllt und enthalten ausserdem zahlreiche, von den neugebildeten Gefässen ausgehende Wanderzellen. Fast keine Drüsenveränderungen; 3) Schleimpolypen; sie bilden nur eine Steigerung der anatomischen Symptome der zweiten Classe; 4) einfache chronische atrophische Rhinitis. Es ist eine einfache Sclerose; die Mucosa ist in eine Decke fibrinösen Gewebes verwandelt, welches wenige von Endarteritis und Periarteritis befallene Gefässe enthält; epitheliale Metaplasie, Drüsenveränderungen etc. etc.

Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Rheumatische Halsaffectionen. (Rheumatic throat affections.) Von Dr. M. Thorner. (Cincinnati Medical Journal, March 1893.)

Bericht über 2 Fälle „rheumatischer Pharyngitis". Im ersten Falle handelte es sich um eine chronische Form, die immer während des Witterungswechsels im Frühling und Herbst mit Schmerzen in Rachen- und Kehlkopfgegend und in den äusseren Theilen des Halses, besonders der Zungenbeingegend auftrat. Im anderen Falle war die rheumatische Pharyngitis acut als Vorläufer einer Polyarthritis rheumatica aufgetreten. In beiden Fällen prompte Heilung auf antirheumatische Medication. Verfasser bespricht den Zusammenhang mit dem acuten Gelenkrheumatismus, sodann die Symptomatologie: Schmerzen im Hals beim Schlucken und Hyperämie der Musoca. Fieber kann vorhanden sein. Der Larynx ist bei den acuten Attaquen seltener befallen; durch Ergriffensein der kleinen Larynxmuskeln kann Dysphonie bedingt werden. Als Behandlung empfiehlt er die antirheumatische, vorzüglich Salol und Salicyl.

Kahn (Würzburg).

Ueber hämorrhagische Pharyngitis. (Pharyngites hémorrhagiques.) Von Dr. Natier Marcel. (Société française d'otologie et de laryngologie 1893 und Revue de laryngologie No. 18, 1893.)

Selten. Verf. giebt die Geschichte der wenigen bekannten Fälle. Die Blutung ist auf der Oberfläche der Mucosa oder sie ist submucös und interstitiell. Ungefährlich, Ursachen sind allgemeiner Natur (Haemophilie, Herzfehler, Purpura, Leukämie, Morbus Werlhoffii, Scorbut, Lungenemphysem, Morbus Brighti) oder sie sind local. Die Symptome sind verschieden, je nachdem die Blutung auf der Mucosa oder submucös stattgefunden hat. Die Diagnose ist wichtig wegen der Angst der Kranken und wegen der Differentialdiagnose. Die Behandlung ist allgemein bekannt; am besten ist die von Makenzie angegebene Mischung von Acid. tannicum, Acid. gallicum und Wasser. Dr. P. K.

Microscopische und bacteriologische Untersuchungen über die gutartige Mycose des Pharynx. (Recherches microscopiques et bactériologiques sur la mycose bénigne du pharynx.) Von Dr. Paul Rangé. (Société française de laryngologie et d'otologie 1893 und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Ueber die parasitäre Natur sind alle Autoren einig; mit Ausnahme von Eugen Fränkel und Sadebeck nehmen alle Autoren den Leptothrix buccalis vulgaris an; damit verliert also die Krankheit alle Specificität und bestände nur in einer Anhäufung, meist auf den Mandeln und der Zungenbasis, eines im Munde bekannten und fast immer zu findenden Microorganismus. Wir wissen aber, wie trügerisch in der Bacteriologie und in der cryptogamischen Botanik die Aehnlichkeit, welche allein auf dem blossen Auge beruht, ist. Nach Verf.'s Ansicht hat man kein Recht, auf den Augenschein allein sich stützend, die Indentität beider Organismen anzunehmen; es bedarf noch biologischer Beweise. Letztere hat Verf. durch Vergleichungs- und Culturversuche festzustellen versucht und

Digitized by Google

kommt dabei zu einem negativen Resultate; die Untersuchungen, welche nach Verf.'s Meinung noch fortzusetzen sind, drängen zur Annahme einer Verschiedenheit der beiden Microorganismen. Dr. P. K.

Methode der rhythmischen Zungentractionen bei den verschiedenen Erstickungsarten. (Du procédé de tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, Juli 1893.)

Bei Asphyxie der Neugeborenen, durch Vergiftung, durch Spasmus und Tetanus, durch Erdrosseln wird die Methode mit Erfolg angewandt. Die durch die Tractionen angeregten sensiblen Nerven des Zungengebietes wirken auf die hauptsächlichen Bewegungsnerven, welche die Inspirationsmuskeln versorgen; also der Lingualis, der Glossopharyngeus, die Tracheal- und Laryngealnerven, namentlich der Laryngeus superior. Schneidet man bei Thieren die genannten Nerven durch und setzt man dieselben Thiere den Erstickungserscheinungen aus, so hört die günstige Wirkung der Zungentractionen auf; der von den sensiblen Nerven gereizte motorische Nerv ist der Phrenicus; durchschneidet man denselben, so hören ebenfalls die günstigen Wirkungen der Zungentractionen auf. Diese Erscheinungen sind constant. Da wo bei scheintodten Neugeborenen die Lufteinblasungen im Stiche lassen, soll man immer die Zungentractionen ausführen. Dr. P. K.

Drei Beispiele von Zungenmandelleiden. (Trois exemples cliniques d'affections de l'amygdale linguale.) Von Dr. Bouleugier. (Presse médicale No. 1, 1893 und Revue de laryngologie No. 18, 1893.)

Drei interessante Fälle, welche die relative Häufigkeit des Leidens, sowie die Nothwendigkeit der localen Behandlung beweisen.

Dr. P. K.

Multiple Hautsarcome und Lymphosarcom der rechten Mandel. (Cas extraordinaire de sarcomes multiples de la peau et de lymphosarcome de l'amygdale droite.) Von Dr. Sendziak. (Gazeta Lekarska und Revue de laryngologie No. 18, 1893.)

Beginn am linken Unterschenkel; der sich später entwickelnde Halsknoten brachte Respirations- und Schlingbeschwerden; die vergrösserte Mandel hatte die Grösse eines Hühnereies. Blutloses Entfernen mittels der galvanocaustischen Schlinge; das Microscop wies ein Lymphosarcom nach. Das Arsen brachte schliessliche Heilung der Gesammtaffection. Seltene Fälle. Dr. P. K.

Mandellymphom. (Lymphome des amygdales.) Von Dr. Cresswell Baber. (Archiv of Otol. Vol. XXI, No. 2 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Eine 14jährige Patientin wurde wegen anscheinender einfacher Mandelhypertrophie operirt. Schnelle Recidive, welche mehrere Nachoperationen erforderte. Schwellung der Lymphdrüsen des Halses, der Schulterhöhle, der Inguinalgegend. Tod durch cachectische Lungenentzündung. Das Microscop zeigte Lymphadenom. Dr. P. K.

Digitized by Google

Maligne Tumoren der Mandeln mit zehn neuen Beobachtungen. (Tumeurs malignes aux amygdales avec dix observations nouvelles.) Von Dr. Newman. (Americ. Journal of med. sciences und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Verf. giebt besonders das Resultat der Operationen; von 144 gesammelten Fällen wurde 56 Mal operirt, theils vom Munde aus, theils durch äusseren Schnitt. Verf. spricht sich zu Gunsten der frühzeitigen und radicalen Operation aus. Er operirt vom Munde aus.

Dr. P. K.

Zur Therapie der hysterischen Stummheit. Von Dr. R. Kayser, Specialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Breslau. (Sonder-Abdruck aus „Therapeut. Monatshefte", October 1893.)

Der 23jährige, neuropathisch unbelastete Patient bekam 1891, als er wegen eines Kehlkopfcatarrhes electrisirt wurde, plötzlich einen schweren Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit, welcher sich oft wiederholte. Seit dem ersten Anfall war Patient völlig stumm. Als im Januar 1893 der Patient in K.'s Behandlung kam, bot er den Befund eines kräftigen Mannes mit normalen inneren Organen, nicht gesteigerten Reflexen, ohne Gesichtsfeldseinschränkung, mässigen Kehlkopfcatarrh. Bei Phonationsversuchen nähern sich die Stimmbänder nahe der Mittellinie, weichen aber bald auseinander und lassen einen breiten, namentlich nach hinten weit offenen Spalt, durch den die Exspirationsluft in übermässiger Menge entweicht. Die Empfindlichkeit ist erhalten, Berührung löst einen tönenden Hustenstoss aus, wird die Bauchpresse in Thätigkeit gesetzt, so legen sich die Stimmbänder fest aneinander und halten die Glottis längere Zeit geschlossen. Ein Versuch, den Kranken zu hypnotisiren, misslang. Er wurde nun unterwiesen, regelmässige, langsame Respirationen zu machen und den bei der Bauchpresse eintretenden Schluss der Stimmritze durch Exspirationsstösse zu sprengen. So wurde im Verlaufe einiger Wochen eine leidlich vernehmbare, scandirende Flüstersprache erzielt. Um dem Kranken anschaulich zu machen, dass zur Stimmbildung eine dauernde Annäherung der Stimmbänder bei gleichzeitiger über eine gewisse Zeit ausgedehnter Respiration nöthig sei, lehrte ihn K. die Autolaryngoscopie. Der Patient legte einen gewöhnlichen, möglichst grossen Kehlkopfspiegel an den Reflector während der Untersuchung an und beobachtete so die Form seiner Glottis bei Athmung und Bauchpresse, die er zur Controle nachahmen musste. So brachte er schon nach zwei Sitzungen ein klangvolles „o" heraus. Dieses übte er zu Hause, am nächsten Tage wurde „o" mit einem Consonanten geübt; endlich die anderen Vocale immer mit Hilfe des autolaryngoscopischen Bildes. Nach 14 Tagen konnte der Kranke alle Worte laut und deutlich, wenn auch noch etwas heiser, sprechen. Durch Gesangsübungen gewann dann die Sprache noch volle Kraft und Reinheit. K. beweist durch den mitgetheilten Fall, dass es möglich ist, zur Herbeiführung coordinirter Stimmbandbewegungen durch seine in einfacher Weise ausgeführte Autolaryngoscopie den Gesichtssinn heranzuziehen. Hitschmann.

Digitized by Google

Durchgang eines Maximalthermometers durch den Darmcanal. (Passage d'un thermomètre a maxima à travers le tube digestif.) Von Dr. Toubin. (Association française pour l'avancement des sciences, session de Besançon 1893 und Semaine médicale No. 51, 1893.)

Ein Gefangener verschlang, 10 Tage nachdem er den Stiel eines eisernen Löffels verschluckt hatte, ein Maximalthermometer, als man die Temperatur im Munde messen wollte; das Instrument war 113 Mmtr. lang, 6 Mmtr. breit und war ganz von Glas angefertigt. 9 Tage nachher entleerte er per anum zugleich den eisernen Löffelstiel und das Thermometer; letzteres zeigte die Temperatur von 38,1 Grad. Der Unterschied der Temperatur in beiden Maxima war von neun Zehntel; während der ganzen Zeit des Verbleibens des Thermometers im Darm betrug die Temperatur der Achselhöhle 37,2. Nahrung und Clystiere wurden während der ganzen Zeit kalt beigebracht. Dr. P. K.

Neuer Apparat, um die galvanocaustische Batterie in der Galvanocaustik zu ersetzen. (Un nouvel appareil destiné à remplacer la pile du galvanocautère.) Von Dr. Deschamps. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7.)

Besser als die Accumulatoren und die Kohlenzinkbatterien mit doppelchromsaurem Kali und Schwefelsäure ist ein einfacher Resistenzapparat auf der Bahn der electrischen Beleuchtung; da der Strom bei den meisten electrischen Beleuchtungsmethoden ein alternirender ist, so genügt ein einfacher Rheostat nicht; man muss eine Resistenz in den alternirenden Strom hineinbringen; dieser alternirende Strom hat in den meisten mit electrischer Beleuchtung versehenen Städten 110 Volta Spannung; mit solchem Strom kann man keinen Accumulator laden, denn der Platindraht würde augenblicklich schmelzen. Man muss also in den Verlauf dieses intensiven Stromes eine Drahtrolle einschieben, welche die Rolle eines „Selfinductors" spielt. Damit behält aber der Strom dennoch eine Spannung von 110 Volta; diese Spannung bewirkt in den Muskeln des Arztes und des Patienten Zuckungen, welche störend wirken. Verf. schiebt einen sogenannten Transformator ein, welcher blos 4 Volta hat und dennoch den grössten Galvanocauter erglühen kann; der von Gaiffe in Paris hergestellte Apparat stellt einen umgekehrten Ruhmkorff-schen Inductor dar. Dr. P. K.

Ueber die Creosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen. Von Prof. Dr. Carl Stoerk in Wien. (Sonder-Abdruck aus dem Archiv f. Laryngologie, I. Bd., 2. Heft.)

Wenn auch das Fiasco der Koch'schen Tuberculin-Therapie wehmüthig stimme, so sei doch nur von weiterer ruhiger Forschung auf dem durch sie eingeschlagenen Wege eine wirksame Bekämpfung der Tuberculose zu erhoffen. Falsch hingegen sei es, sich von empirisch ausgeklügelten Medicamenten einen Erfolg zu versprechen. Zu letzteren gehöre das Creosot, welches, wenn kritiklos angewandt, eher schade, als nütze. Ueber die Erfolge bei interner Verabreichung des Creosotes existiren die differentesten Berichte. Der Umstand, dass die nöthigen grossen Mengen, per os oder subcutan einverleibt, nicht vertragen wurden, führte zum Versuch mit Creosotclysmen. Von diesen sahen Chroslowsky

Digitized by Google

und Nistocky, sowie Révillet günstige, Popper und Ellmann unzureichende Resultate, letztere beiden überdies Reizungserscheinungen im Darme. Inhalationen von Creosotdämpfen erzeugten bei Thieren entzündliche Zustände in den Lungen und anderen Parenchymen sowie Miliarapoplexien im Gehirne. Somit erscheint es unmöglich, die zu einer bactericiden Wirksamkeit nöthigen Creosotmassen der Körperflüssigkeit beizumengen.

Eine indirecte Heilwirkung, welche das Creosot dadurch entfalten soll, dass es als Stomachicum den Organismus durch erhöhte Nahrungsaufnahme resistenter macht, bestreitet St. entschieden. Gestützt auf eine enorme Anzahl eigener Beobachtungen behauptet er, dass anhaltender Gebrauch hoher Creosotdosen den Appetit und dadurch die Nahrungszufuhr geradezu auf ein Minimum sinken lasse, abgesehen davon, dass die Kranken noch durch den üblen Geschmack im Munde, Ekel, Brechreiz und selbst Erbrechen herabkommen. Hitschmann.

Personal-Nachrichten.

Den ausserordentlichen Professoren der Ohrenheilkunde an der Wiener Universität Dr. Josef Gruber und Dr. Adam Politzer, sowie dem ausserordentlichen Professor der Laryngologie Dr. Carl Störk wurden Titel und Character eines ordentlichen Professors verliehen. Herr Docent Dr. Cornel Lichtenberg in Budapest erhielt den österreichischen Franz Josef-Orden.

Berichtigung.

In dem in No. 3 abgedruckten Aufsatz: Ueber die diagnostische Verwerthbarkeit etc. von Dr. Eulenstein muss es Seite 78, Zeile 6 von unten heissen: Gedämpfter Percussionsschall auf dem rechten Proc. mast.

INHALT.

I. Originalien; Ziem: Ueber Entfernung von Fremdkörpern aus dem Gehörgang. — Sendziak: Beitrag zur Aetiologie der sogen. schwarzen Zunge. — XI. internationaler medicinischer Congress in Rom. — II. Referate: a) Otologische: Urbantschitsch: Ueber den Werth acustischer Uebungen an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständiger Taubheit. — Bloch: Die Methode der centripetalen Pressionen und die Diagnose der Stapesfixation. — b) Rhinologische: Cozzolino: Nasenstein mit theilweiser Zerstörung der Nasenscheidewand. — d'Aguanno: Beitrag zur Statistik der Sarcome der Nasenscheidewand. — Schiffers: Die Pathogenese des nichtinfectiösen Croup der Nasenschleimhaut. — Würtz und Lermoyez: Bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims. — Madeuf: Die zu weite Nase. — Tissier: Ueber chronische Rhinitis. — c) Pharyngo-laryngologische: Thorner: Rheumatische Halsaffectionen. — Marcel: Ueber hämorrhagische Pharyngitis. — Rangé: Microscopische und bacteriologische Untersuchungen über die gutartige Mycose des Pharynx. — Laborde: Methode der rhythmischen Zungentractionen bei den verschiedenen Erstickungsarten. — Bouleugier: Drei Beispiele von Zungenmandelleiden. — Sendziak: Multiple Hautsarcome und Lymphosarcom der rechten Mandel. — Baber: Mandellymphom. — Newman: Maligne Tumoren der Mandeln mit zehn neuen Beobachtungen. — Kayser: Zur Therapie der hysterischen Stummheit. — Toubin: Durchgang eines Maximalthermometers durch den Darmcanal. — Deschamps: Neuer Apparat, um die galvanocaustische Batterie in der Galvanocaustik zu ersetzen. — Stoerk: Ueber die Creosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen. — Personal-Nachrichten. — Berichtigung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, Mai 1894. No. 5.

I. Originalien.

Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch.

Von

Dr. **Daniel Kaufmann,**

Assistent an der Universitäts-Ohrenklinik in Wien.

M. M., 14 Jahre alt, Greislerssohn aus Tarnow (Galizien), hereditär nervös belastet, bekam im Herbste 1893, angeblich nach einem Sturz auf den Hinterkopf, heftiges Rauschen im rechten Ohre, das mit einer zweimaligen Unterbrechung von je 8 und 12 Tagen — während welcher Zeit er Bewusstseinsstörungen zeigte, um sich schlug, Nahrungsaufnahme verweigerte, schlaflos war — mit abnehmender Intensität bis heute anhält. Seit December 1893 leidet der Kranke an fast continuirlichen, subjectiv empfundenen und objectiv wahrnehmbaren, knackenden Geräuschen im Ohre, die vorzugsweise im rechten vorhanden sind, zuweilen auf das linke Ohr überspringen, und welche den Patienten so belästigen, dass er deswegen das Spital aufsucht und auf die Klinik des Herrn Prof. Gruber aufgenommen wurde.

Der Knabe ist schwächlich, anämisch, afebril; die inneren Organe sind vollkommen normal. Bei der Untersuchung der Ohren zeigt sich rechterseits die Ohrmuschel und Umgebung derselben normal. Der Gehörgang weit, das Trommelfell eingezogen, matt und glanzlos, ohne Licht-

Digitized by Google

kegel; linkerseits ist das Trommelfell eingesunken, getrübt, hinter dem Hammer an einer 3 Mm. langen Stelle verdünnt. Eine schwach tickende Taschenuhr wird links in 10 Ctm., rechts in 20 Ctm. Entfernung, Flüstersprache beiderseits über 6 Mtr. weit gehört. Die Stimmgabel vernimmt der Kranke auf beiden Seiten durch die Luftleitung. Beim Weber'schen Versuch giebt er constant an, den Ton an der Ansatzstelle am Schädel, nicht in den Ohren zu hören. Der Rinne'sche Versuch fällt beiderseits positiv aus, ebenso der Gruber'sche Versuch.

Die Untersuchung des Rachens zeigt bei mässig catarrhalischer Schwellung der Schleimhaut beiderseits die Tonsillen etwas grösser. Die Sprache des Kranken ist etwas näselnd. Die Schleimhaut der Nase, deren Scheidewand stark nach links gebogen ist, ist hochgradig hyperämisch. Bei der Rhinoscopia posterior, die wegen Enge des Nasenrachenraumes und unruhiger Haltung des Patienten Anfangs schwer auszuführen ist, zeigt sich der Rachenraum mit geschwellter Schleimhaut ausgekleidet, die rechte untere Nasenmuschel geschwellt, Tuben normal.

Auf das hörbare Geräusch macht der Knabe selbst aufmerksam. Es ist ein Geräusch, wie es als „Knipsen" bezeichnet wird, ähnlich dem, das durch Bewegen der Fingernägel an einander erzeugt werden kann. Es scheint aus zwei kurzen, rasch hintereinander folgenden Tönen zusammengesetzt zu sein, von denen der erstere etwas deutlicher wahrzunehmen ist, als der zweite, schwächere. Zumeist ist das Geräusch nur im rechten Ohre wahrnehmbar, häufig auch links, bisweilen in beiden Ohren gleichzeitig; es kann bis auf eine Distanz von mehr als 60 Ctm. mit freiem Ohre, besser noch mit Otoscop oder einem auf das Ohr angesetzten Stetoscope ziemlich laut und sehr deutlich gehört werden. Von der Nasenöffnung aus ist es nicht hörbar, von den Kopfknochen nur in der Umgebung des Ohres. In der Intensität, im Rhythmus, in der Frequenz wechselt es ausserordentlich. Nach einer geringen Anzahl langsam erfolgender Schläge hört man bisweilen wieder mehrere Minuten lang anhaltend, sehr rasch (mehr als 150 in der Minute), gleichmässig rhythmisch das Geräusch, dann nach einer kurzen Pause etwas stärkere, jedoch langsamere, mehr oder weniger lang andauernde Schläge u. s. f.

Fast isochron mit dem Geräusche bemerkt man stossweise Bewegungen des weichen Gaumens und der Gaumenbögen, besonders rechterseits, und der Uvula, die nach oben und etwas lateral nach rechts stark ruckweise gehoben wird. Bei der rhinoscopischen Untersuchung ist wohl sehr deutlich die Bewegung der Gaumenbögen, jedoch keine Bewegung der Tubenwand wahrzunehmen.

Bewegungen des Trommelfelles sind in keiner Weise, weder während der Geräusche, noch in einer Ruhepause sichtbar; passiv kann das Trommelfell mit dem Siegle'schen Trichter beliebig bewegt werden, ohne dass das Geräusch irgendwie dadurch beeinflusst werden kann.

Das Geräusch ist der Willkür des Knaben in hohem Maasse unterworfen. Wenn es besteht, kann es der Kranke sogleich zum Stillstand bringen, ohne dass er weiss, wie, oder es nach Belieben wieder hervorrufen; besonders präcis gelingt es rechterseits. Spontan sistirt das Geräusch jetzt viel länger, als dies früher der Fall war.

Lufteintreibungen in das Mittelohr (nach dem Gruber'schen oder Politzer'schen Verfahren oder mittelst eines Catheters), Luftverdünnung

Digitized by Google

im äusseren Gehörgange, Kauen, Schlucken, Anhalten des Athems oder forcirtes Athmen, Sprechen bleiben ohne Einfluss auf dasselbe, ebenso die Compression der Carotis. Jede Erregung steigert die Frequenz und Intensität und kann unregelmässigeren Rhythmus erzeugen. Druck auf den weichen Gaumen hebt das Geräusch auf. Während des Schlafes sistirt es vollständig.

Während des Spitalaufenthaltes besserte sich der Zustand in der Weise, dass das Geräusch in der Frequenz bedeutend abnahm, auch die Intensität ist etwas geringer, es erfolgen jetzt manchmal Pausen bis mehr als eine halbe Stunde. Auch die subjectiven Beschwerden haben bedeutend nachgelassen. All' das zeigte sich spontan, vielleicht nach Entfernung aus dem elterlichen Hause, durch Fernhalten aller Schädlichkeiten, Ruhe und gute Nahrung.

Kurze Zeit nahm Patient zwei Esslöffel Roncegnowasser (arsenhaltige Eisenquelle) täglich. Lufteintreibungen wurden nur Anfangs und zu Untersuchungszwecken vorgenommen.

Derartige Krankheitsfälle sind in der Literatur nicht gerade häufig verzeichnet. Hörbare Ohrgeräusche sollen bereits von Fabricius ab aquapendente bekannt gewesen sein. Johannes Müller erwähnt sie in seinem „Handbuch der Physiologie des Menschen", Bd. II, 1837, und erklärt sie durch Action des Musculus tensor tympani; das an sich selbst während des willkürlichen Knackens beobachtete Heben des Gaumensegels hält er durch Mitbewegung der Gaumenmusculatur bei Contraction des Tensor tympani erzeugt. (Citirt nach Dr. Brenner [Kopenhagen] „Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusche", Monatsschr. für Ohrenheilk. 1879, No. 10, und Politzer „Ueber die willkürlichen Bewegungen des Trommelfelles", Wiener Medicinal-Halle 1862, No. 18.)

In vielen Fällen entsteht ein hörbar knackendes Geräusch im Ohr einzig und allein durch Action des M. tensor tymp. und sind solche Fälle wiederholt beschrieben: Schwartze (Arch. f. Ohrenheilk. No. II u. VI), Bürkner (Bericht der Poliklinik zu Göttingen 1883: „Klonische Krämpfe des Tensor tymp. bei hochgradigem Tubencatarrh", Arch. f. Ohrenheilkunde XXI), Brenner (l. c.).

Späterhin beobachtete man hörbare, isochron mit der Herzaction vorhandene, bisweilen durch Compression der Carotis zu sistirende Geräusche im Ohr, die auf Erweiterung der im oder hinter dem Ohre verlaufenden arteriellen oder venösen Gefässe zurückgeführt wurden: Rayer (Comptes rendus des Séances, Mémoires de la Société de Biologie 1854), Hutschinson, Poorten („Ein Fall von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen", Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1878), Tuczek („Ein Fall von objectivem Ohrgeräusch als Ursache von Melancholie", Berl. klin. Wochenschrift 1881), Wagenhäuser (Bericht über die Universitätspoliklinik für Ohrenkranke in Würzburg 1880—1881, Arch. f. Ohrenheilk. XIX), Orne Green („Objective und subjective systolische Geräusche in den Ohren", Transactions of the American otological Society 1878), Meyer (Kopenhagen) (Verhandlungen der otologischen Section des internationalen medicinischen Congresses in Kopenhagen 1884) u. A.

In unserem Falle handelt es sich aber nicht um Gefässgeräusche oder durch Action des Tensor tympani entstandene Geräusche, sondern diese sind hier in der von Politzer und unabhängig von ihm von

Digitized by Google

Luschka nachgewiesenen Weise zu deuten. Politzer erklärte diese hörbaren Geräusche durch Action des Musc. tensor veli palati und zeigte an anatomischen Präparaten, dass das Geräusch durch Abziehen der membranösen Wand der Tuba von der knorpligen Wand erzeugt werden könne und bei Reizung des N. trigeminus in der Schädelhöhle (bei Hunden) wurde diese Action des Tensor veli palati ebenfalls hervorgerufen („Ueber die willkürlichen Bewegungen des Trommelfells", Wien. Medicinal-Halle 1862). Loewenberg wies nach, dass die Tuba sich während dieses Knackens öffnet (Medicinisches Centralblatt 1865) und Boeck konnte zuerst im rhinoscopischen Bilde diese Bewegungen sehen („Rhinoscopischer Befund bei knackendem Geräusch im Ohr", Archiv für Ohrenheilk. II).

Es ist nun bereits eine ziemliche Anzahl solcher Fälle beschrieben, so von Creswell Baber (Report on 100 Cases of Ear Disease, Lancet 1880), Burnett („Objective Ohrgeräusche in Begleitung einer krampfhaften Retraction des Trommelfells und Gaumensegels — bei einem Japanesen —, Philadelph. med. Times 1875), E. L. Holmes („Ein Fall von objectivem Ohrgeräusche", Zeitschr. f. Ohrenheilk. VIII), Swan M. Burnett („Objective Wahrnehmung von Tönen im Ohre in Folge von willkürlicher Contraction der Tubenmuskeln", Zeitschr. f. Ohrenh. IX), Richard C. Brandeis („Otitis media catarrhal. und objective Geräusche nervösen Ursprungs [spastische Contraction der Tubenmuskeln, Hysterie]", Zeitschr. f. Ohrenh. XII; ferner „Ein Fall von beiderseitigen objectiven Ohrgeräuschen mit synchronischen Bewegungen des Trommelfelles und der Gaumenmuskeln", Zeitschr. f. Ohrenh. XII), Charles A. Todd („Distressing noise in the ear probably due to spasmodic actions of the tensor palati", The American Journ. of Otology III), G. Brunner („Durch Muskelaction hervorgerufene Binnengeräusche im Ohr", Zeitschr. f. Ohrenh. X), Cornelius Williams („Ein Fall von clonischem Krampf der Gaumenheber, wodurch ein rhythmisch tickendes Geräusch hervorgebracht wurde", Zeitschr. f. Ohrenh. XIII), A. R. Baker („Ein Fall von objectivem Geräusche in beiden Ohren", Zeitschr. f. Ohrenh. XIV), J. Gruber (Jahresbericht des Wiener K. K. allgemeinen Krankenhauses 1881 und „Zur Pathologie und Therapie der objectiv wahrnehmbaren subjectiven Geräusche", Allgemeine Wiener Medicinische Zeitung 1888), Schubert (Bericht über das erste Lustrum ohrenärztlicher Thätigkeit, Archiv f. Ohrenh. XXII), Woakes (Otologische Section des internat. medicinischen Congresses in Kopenhagen 1884) u. A.

Es handelt sich da zumeist um jüngere, nervöse Individuen, bei denen meist ohne bekannte Veranlassung, manchmal nach Trauma, Schreck, oder im Anschlusse an Erkrankung des Mittelohres objectiv hörbare Geräusche in einem oder beiden Ohren entstanden, mehr weniger lang (Tage oder auch Jahre lang) mit wechselnder Intensität andauerten und entweder spontan oder nach verschiedener Behandlung wieder schwanden.

Pathologische Veränderungen im Ohre liessen sich in vielen Fällen gar nicht nachweisen oder es bestand kein Zusammenhang zwischen diesen und den Geräuschen.

Bei unserem Kranken soll das Geräusch angeblich nach einem Trauma aufgetreten sein. Die Veränderungen an den Trommelfellen sind gewiss

Digitized by Google

nur eine zufällige Complication. Es handelt sich bei dem hereditär nervös belasteten, anämischen Knaben eben um eine Neurose des Nervus für den Tensor (Abductor) tubae, die vielleicht durch Angewöhnung des Kranken an das erzeugte Geräusch gefördert wurde. Gruber machte zuerst darauf aufmerksam, dass es sich in solchen Fällen um Angewöhnung des Kranken an das Geräusch handeln könne (Wiener allgemeine medicinische Zeitung 1888), und es gelang in diesem Falle, durch energischen Willen des Patienten, das Geräusch zum Stillstand zu bringen.

Da wir bei unserem Patienten beobachten, dass das Sistiren des Geräusches bisweilen in seiner Macht liegt, so ist wohl anzunehmen, dass er durch allmählige Angewöhnung an die Beherrschung seiner Gaumenmuskulatur schliesslich von seinem Leiden befreit werden wird. Die Erreichung dieses Zieles wird durch Kräftigung des Gesammtorganismus und günstige psychische Beeinflussung in wünschenswerther Weise unterstützt werden.

Ein Fall von Gangraena faucium primaria.

Von

Stanislaus von Stein,

Privatdocent an der Universität Moskau.

(Krankengeschichte No. 4995 aus der Jauski'schen Abtheilung des Arbeiterkrankenhuuses der Stadt Moskau.)

Olga S., Bauernkind, 12 Jahre alt, in's Hospital aufgenommen am 21. August 1885, Mittags 12 Uhr, gestorben am 6. October 1885, Nachts 3 Uhr.

Anamnese. Die Kranke wohnt erst seit einem Jahre in Moskau und ist in einer Conditorei beschäftigt. Im Allgemeinen erfreut sie sich einer leidlichen Gesundheit. — Seit ungefähr 6 Monaten klagt sie über einen fieberhaften Zustand, seit 3 Wochen über Kurzathmigkeit und Herzklopfen, seit 3 Tagen fühlt sie sich besonders schlecht.

Status praesens: Schwindelanfälle und Ohrensausen. Schwach ausgesprochener Exophthalmus. Wachsartiges Aussehen der Haut und der Schleimhäute. Gastrointestinal-Organe in Ordnung. Respiration etwas beschleunigt — 24–28 per Min. Puls 104; gespannt. Die Herzgrenze ist in der Querrichtung etwas vergrössert, der Herzstoss wird im 6. Intercostalraum wahrgenommen, stark ausgeprägtes Frémissement cataire. Während der Auscultation hört man an der Herzspitze ein knarrendes Geräusch mit dem ersten Ton, welches zeitweise blasend wird; näher zur Basis dasselbe Geräusch mit dem ersten Ton.

Nasales Timbre der Sprache. Schnupfen. Im Rachen nichts Besonderes. Das Gehör geschwächt.

Diagnosis clinica: Erst Vitium cordis, später Gangraena faucium.

21. August. Temp. Abends 38,2.

22. August. Morgens 38,5, Abends 40. Puls 104.

Gurgeln mit Kal. chloric. und in der Nase. Inf. digit. Milch.

Digitized by Google

23. August. Temp. Morgens 38,0, Abends 38,0. Puls 108.
Kurzathmigkeit leichter. Pat. klagt über Kopfschmerzen. Stuhl.
24. August. Temp. Morgens 37,0, Abends 37,0. Puls 90.
Die Erscheinungen Seitens der Brust sind dieselben. Schwindel lässt nicht nach.
25. August. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,2. Puls 96.
Kurzathmigkeit leichter. Epistaxis — nicht stark. Kalte Compresse auf die Nase. Keine innere Therapie.
26. August. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,0. Puls 90.
Nasenbluten sistirt. Kopfschmerzen.
27. August. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,0. Puls 90.
Stuhl. Kopfschmerzen. Chinini ferrocitrici.
28. August. Temp. Morgens 37,0, Abends 37,5.
29. „ „ „ 37,0, „ 37,8.
30. „ „ „ 37,0, „ 38,2. Puls 96.
Hart anzufühlende Schwellung der linken submaxillaren Lymphdrüsen. Schmerzen beim Schlucken. Bei der Inspection des Rachens ist nichts Besonderes zu notiren. Schmerzen in der Lebergegend.
31. August. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0. Puls 90.
Merklich geschwollene linke Tonsille, in deren Vertiefungen ein grau-weisslicher Belag zu bemerken ist. Der ganze Rachen ist mässig hyperämirt. Die Lymphdrüsen der Submaxillargegend sind geschwollen. Foetor ex ore. Gurgelungen mit Kal. chlor. und Borsäure. Priessnitz'sche Compresse auf den Hals. — Diagnosis: Gangraena faucium.
1. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,5. Puls 90.
Das Schlucken ist leichter. Local derselbe Zustand.
2. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,3.
In der linken Mandel sieht man eine erbsengrosse caseose Masse. Aashafter Fötor. Schüttelfröste. Kein Schweissausbruch.
3. September. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,0.
4. „ „ „ 37,0, „ 38,0. Puls 96.
Der Belag wird missfarbig, schwärzlich-grün, und breitet sich in die Tiefe und Breite aus. Herzgeräusche sind constant. In der linken Subclaviculargegend ist das Respirationsgeräusch geschwächt.
5. September. Temp. Morgens 36,0, Abends 38,0.
6. „ „ „ 38,5, „ 38,5.
Drücken in der Magengegend. Schmerzhaftes Schlingen. Idem.
7. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,5. Puls 96.
Idem. Geräusch im Kopfe. Schüttelfrost.
8. September. Temp. wie vor. Puls 96. Morgens Schüttelfrost.
9. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 39,4. Puls 96.
An der Basis der Uvula hat sich ein grosses, perforirendes Geschwür mit harten Rändern, welche mit einem weisslich-grauen, aus gangränisirtem Gewebe entstandenen Schorfe bedeckt sind, gebildet. Die Umgegend des Ulcus ist stark geröthet. Die Kranke wird in Folge des Fötors in ein apartes Zimmer gebracht. Das Schlingen schmerzhaft.
10. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 38,8.
11. „ „ „ 38,0. „ 38,5.
Local dasselbe. Chin. ferrocitrici sistirt. Verordnet Kal. hydrojodici grxv : ℥j, 2 Esslöffel täglich. Tinct. jodi zum Einpinseln des Rachens.

Digitized by Google

12. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0.
Das gangränescirende Geschwür greift um sich.
13. September. Temp. Morgens 39,5, Abends 39,9.
Idem. Zahnschmerzen.
14. September. Temp. Morgens 38,5, Abends 39,5.
Idem. Zahnschmerzen geschwunden. Die Nacht hat die Kranke gut geschlafen.
15. September. Temp. Morgens 39,0, Abends 39,5. Puls 108.
Idem. Wieder Zahnschmerzen. Die linke Tonsille, die linke Hälfte des weichen Gaumens und die Uvula sind necrotisirt bis zum harten Gaumen und abgefallen. Man sieht an Stelle dieser Organe ein schwarzgräuliches jauchendes Geschwür, das sich bis auf die hintere Pharynxwand ausgedehnt hat. Beim Schlucken gerathen die Speisen in die Nasenhöhlen. Ein aashafter Fötor im ganzen Zimmer trotzt der forcirten Ventilation.
16. September. Temp. Morgens 39,0, Abends 39,0. Puls 120.
Die Zerstörung dehnt sich weiter aus. In der Lunge und im Herzen derselbe Zustand. Zahnschmerzen. Die Kranke ist sehr blass und abgemagert. Keine Diarrhoe. Idem.
17. September. Temp. Morgens 38,8, Abends 40,1.
Idem. KJ sistirt.
18. September. Temp. Morgens 38,8, Abends 38,5. Puls 120.
Der brandige Process greift in die Tiefe der Schleimhaut der rechten Hälfte des weichen Gaumens und afficirt die lateralen Pharynxwände. Zahn- und bilaterale Ohrenschmerzen ohne Ausfluss. Die Trommelfelle haben ein graues, schmutziges Aussehen. Keine merkliche Schwächung des Gehörs. Die periauriculären und submaxillären Lymphdrüsen sind stark geschwollen und bei Palpation sehr schmerzhaft. Innerlich Acid. muriat., Salbe aus Ungt. bellad., Chloroform aa.
19. September. Temp. Morgens 38,7, Abends 38,8.
20. „ „ „ 37,5, „ 36,5.
Die rechten Gaumenbögen fast ganz necrotisirt.
21. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0.
22. „ „ „ 37,8, „ 38,2.
Bedeutende Schwäche. Athem entsetzlich fötid. Inf. Valerian.
23. September. Temp. Morgens 38,3, Abends 38,0.
24. „ „ „ 37,0, „ 37,5.
Die Kräfte schwinden merklich. Der Brand schreitet weiter nach oben und unten fort. Das Schlucken ist schmerzhaft. Die genossenen Flüssigkeiten fliessen durch die Nase heraus oder gelangen in die Luftwege mit Hustenanfällen. Einpinselungen aus Ol. Terebinth., Bals. peruv. und Spiritus.
25. September. Temp. Morgens 38,5, Abends 37,0.
Idem. Kräfte nehmen ab. Zur Inhalation Ol. Terebinth.
26. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 38,0. P. 112, schwach.
Idem.
27. September. Temp. Morgens 38,7, Abends 38,5. Puls 132.
Idem. Prostratio virium. Excitantia.
28. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0. Puls 124.
29. „ „ „ 38,5, „ 38,0. „ 128.

Digitized by Google

30. September, Temp. Morgens 37,0, Abends 37,0.
1. October. „ „ 37,0, „ 37,5.
2. „ „ „ 38,0, „ 38,7.

Die Kranke wird noch schwächer. Mortification der Nasenrachenschleimhaut. Im Herzen wie früher.

3. October. Temp. Morgens 38,6, Abends 38,0.
4. „ „ „ 37,0, „ 36,7.
5. „ „ „ 36,5, „ 36,5.

Die Kranke ist sehr schwach. Die rechte Wange und die rechte periauriculare Gegend sind geschwollen.

6. October. 3 Uhr Nachts — Mors.

7. October. Section: Eine totale Destruction des weichen Gaumens sammt den Mandeln. Entblössung der Knochen des Pharynx, des Nasenrachenraumes und Necrose der Tuba Eustachii, der Pharynxschleimhaut auf der unteren Strecke bis zum Kehlkopfe und der Seitenpartieen des Zungengrundes. In den Lungen eine Masse von lobulär-pneumonischen Heerden von verschiedener Grösse und mit mässigem Oedem. Im Herzen gar keine organischen Veränderungen ausser einem mässigen Hydrops pericardii. In anderen Organen macroscopisch nichts Besonderes. Diagnosis pathologica: Gangraena faucium. Schluckpneumonie.

Die ersten Fälle von Gangraena faucium wurden im Jahre 1841 von Rilliet und Barthez[1]) bei $2^1/_2$—5jährigen Kindern beschrieben. Der Organismus aller dieser kleinen Patienten war „profondement débilité par des maladies extérieures", besonders in Folge von exanthematischen Fiebern („fièvre éruptive, soit rougeole, soit scarlatine, soit variole ou plusieurs de ces éruptions successivement"). Die Beobachter unterschieden eine „Gangrène circonscrite et diffuse" immer mit aashaftem Athem. Die Necrotisirung dehnte sich nur auf die Mucosa und das submucöse Gewebe aus; die Musculatur wurde öfters entblösst, blieb aber immer verschont. In Folge dessen war das Schlingen schmerzlos, ungehindert und die Flüssigkeit lief nicht durch die Nasenlöcher heraus. Das Bewusstsein war stets bis zum Tode ungetrübt. Bei Gangrène diffuse superficielle schwollen auch die submaxillären Lymphdrüsen auf. Die nächstfolgenden Aerzte haben im Allgemeinen die angeführten Beobachtungen theilweise bestätigt, theilweise erweitert. Die in dieser Frage erhaltenen Resultate kann man bei Morell Mackenzie[2]) finden. Bouchut[3]) (1858) hat darauf hingewiesen, dass die Gangrän immer mit einem weissen Belage anfängt: Den ersten Tag „une tache blanchâtre, grisâtre et dès le lendemain une tache livide ou une perte de substance dans les parties molles — c'est l'eschare". Dadurch und den früh auftretenden, mit der Zerstörung nicht parallel gehenden, aashaften Fötor unterscheidet sich die Gangraena faucium primaria von Diphtheritis. Die letzten Fälle von Gangraena faucium datiren vom Jahre 1880 von Mackenzie. Seitdem hatte man nur secundäre Gangraenen faucium veröffentlicht[4]).

[1]) Rilliet et Barthez, Archives Générales de Médecine. T. XII, III^e et nouvelle série 1841, pag. 446.

[2]) Morell Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase, Bd. I, pag. 53, 1880. Deutsche Uebers. — Hier findet man die spärliche Literatur der ganzen Zeit.

[3]) Bouchut, Gazette des Hôpitaux 1858, pag. 170.

[4]) Internat. Centralbl. f. Laryngol. 1884 und folg.

Digitized by Google

Der von mir beschriebene Fall weist folgende Eigenthümlichkeiten auf: 1) einen höchst protrahirten Verlauf — über 6 Wochen; 2) eine bis zu den Knochen greifende Necrotisirung; 3) eine bis zu den Ohrtrompeten sich ausdehnende Gangraen; 4) eine die organische Herzkrankheit simulirende Constanz der Geräusche in der Herzgegend. Ausserdem bestätigt der Fall die Ansicht, dass für das Auftreten einer Gangraena faucium primaria der Organismus sehr geschwächt und seine Widerstandsfähigkeit ad minium reducirt sein muss.

Zur Behandlung der Pharyngitis granulosa und lateralis.

Von

Dr. **J. Herzfeld**, Berlin.

In Folgendem will ich in Kürze eine Methode mittheilen, die ich schon seit Jahren bei der Behandlung hartnäckiger Fälle dieses Leidens anwende. Während in vielen Fällen die Granula auf der hinteren Rachenwand und ebenso die aus demselben Gewebe bestehenden Seitenstränge keine Beschwerden verursachen und oft sogar in sehr stark entwickeltem Maasse rein zufällig entdeckt werden, können aber andererseits etwa vorhandene Beschwerden schon durch Pinselungen mit den verschiedensten Mitteln beseitigt werden, wobei vielleicht die beim Pinseln gleichzeitig stattfindende Massage die Hauptrolle spielt.[1]) In den Fällen, wo diese Behandlung nicht zum Ziel führt, greift man meist zum Lapis, zur Chromsäure, Trichloressigsäure oder sucht die Granula resp. Seitenstränge durch Galvanocaustik zu beseitigen. Sind diese Gebilde aber nur irgend wie stark entwickelt, so genügt eine einzige Aetzung wohl oft, die bestehenden Beschwerden zu lindern, aber nach Abstossung des Brandschorfs, die oft 14 Tage in Anspruch nimmt, sieht man durchaus nicht die glatte hintere Rachenwand, sondern die nur etwas verkleinerten Granula und Seitenstränge wieder sehr deutlich. Bevor ich diese Gebilde gänzlich ausschnitt — das ist nämlich meine Methode in den hartnäckigen Fällen — ist es mir nur selten gelungen, diese Gebilde auf galvanocaustischem Wege vollständig zum Verschwinden zu bringen. Da die Abstossung des Brandschorfs längere Zeit dauert und die Aetzungen oft wiederholt werden müssen, verlieren die Patienten meist die Geduld, zumal die Beschwerden vorübergehend ja auch durch die oberflächlichen Aetzungen gebessert werden. Eine dauernde Beseitigung der Beschwerden ist aber oft nicht zu erzielen; die Patienten suchen bald wieder die Sprechstunde auf und haben zu den vorgeschlagenen, erneuten Aetzungen kein rechtes Vertrauen mehr. Für diese chronischen Fälle empfehle ich die radicale Entfernung der Granula und vor Allem der Seitenstränge als das schnellst wirkende Verfahren. Ich selbst habe die radicale Entfernung zunächst

---

[1]) Siehe: Die Massage bei Hals- und Nasenkrankheiten von Dr. J. Herzfeld. „Deutsche Medicinal-Zeitung“ No. 89, 1890.

Digitized by Google

weniger zu rein therapeutischen Zwecken angewandt, als um auch gleichzeitig ein gutes, frisches Object zur microscopischen Untersuchung zu erhalten. Da der Eingriff selbst unter Bepinselung mit 20procentigem Cocain wenig schmerzhaft war, und die Abheilung auch nicht länger dauerte als die Abstossung des Schorfes, so wandte ich diese Methode auch zu rein therapeutischen Zwecken an. Wenn ich mittheile, dass ich bei einem jährlichen Bestand von ca. 2000 Kranken während der letzten drei Jahre bei sechs Patienten die Granula, bei vier Patienten die Seitenstränge und bei sechs Patienten die Granula und Seitenstränge entfernt habe, so geht wohl daraus am besten hervor, dass ich diese Art der radicalen Behandlung nur nach erfolgloser anderer Behandlung angewandt wissen will. Da die Wundheilung und der ganze Verlauf der Behandlung nach der Operation immer ganz normal verliefen, so kann ich auf Wiedergabe von Krankengeschichten verzichten und möchte ich nur erwähnen, dass bei Entfernung der Seitenstränge, besonders wenn sie hoch in den Nasenrachenraum hineinreichen, Schmerzen im Ohr auftraten, die aber in 1—3 Tagen stets verschwunden waren.

Die Operation selbst habe ich in erster Zeit mit einer von mir angegebenen, fast senkrecht abgebogenen Scheere — Granulotom — vorgenommen; in letzterer Zeit verwandte ich mit noch besserem Erfolg das von Hartmann für Resection der Nasenmuscheln angegebene Conchotom. Mein Instrument oder das Conchotom wird mit geöffneten Branchen hart an die hintere Rachenwand aufgesetzt und nun wird das hervorragende Granulon oder Seitenstranggewebe abgeschnitten. Die Blutung hierauf ist nur äusserst minimal; die Nachbehandlung besteht während der nächsten zwei Tage in Diät von mehr breiiger Nahrung und Gurgelungen nach jeder Mahlzeit. Vom dritten Tage an ist ein besonderes Verhalten nicht mehr zu beachten. In einer Sitzung habe ich nie mehr als drei Granula entfernt und auch stets nur ein Strang, und erst nach vollständiger Heilung, wenn die Beschwerden nicht gewichen waren, den anderen entfernt, um nicht auf einmal eine zu grosse Wunde zu machen. Irgend welche Complicationen oder Nebenverletzungen sind niemals aufgetreten; auch fand keine Narbenbildung statt, die irgend wie den Schluckact oder das Sprechen nachträglich erschwerte. In wie weit aber auch bei dieser Behandlung eine dauernde Heilung über viele Jahre hinaus zu erzielen sein wird, müssen erst die Beobachtungen der nächsten Jahre noch sicherer entscheiden. A priore würde es ja nur natürlich sein, wenn bei dem grossen Reichthum der Pharynxschleimhaut an lymphoidem Gewebe dieses wieder neue Anhäufungen von folliculärem Gewebe in Form von Knötchen oder Seitensträngen mit den bekannten Beschwerden erzeugen würde. Immerhin scheint hierzu nach meiner bisherigen Erfahrung aber eine recht lange Zeit nöthig zu sein und habe ich bisher auch in Fällen, die zwei Jahre zurückliegen, das entfernte lymphoide Gewebe nicht wiederkehren sehen, sobald die Entfernung radical vorgenommen war. — Ich habe mich entschlossen, diese Behandlung mitzutheilen, da ich dieselbe in den meisten gebräuchlichsten Lehrbüchern, wie Schech, Bresgen, Réthi und Anderen, nicht erwähnt gefunden habe. Erst in den beiden neuesten Handbüchern finden wir eine derartige resp. ähnlich radicale Behandlung empfohlen. So schreibt Rosenberg in seinem im Sommer vorigen Jahres erschie-

Digitized by Google

nenen Buche: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes“, dass die Seitenstränge zuweilen so prominent sind, dass sie mit einer gekrümmten Scheere abgetragen werden können, woraus aber nicht hervorgeht, ob der Verfasser die empfohlene Methode auch bereits selbst angewandt hat; mit der gewöhnlichen gekrümmten Scheere von Cooper ist es übrigens natürlich nicht möglich, so flach aufsitzende Gebilde der hinteren Rachenwand zu entfernen. — Moritz Schmidt erwähnt ferner in seinem eben erschienenen Handbuche: „Die Krankheiten der oberen Luftwege“, dass er dicke Stränge meistens mit einem kleinen scharfen Löffel operirt, und dass ihm dieses Verfahren wirksamer erscheine als die galvanocaustische Aetzung.

Zur Aufklärung eines Missverständnisses, welches mein Aufsatz über Stirnhöhlenbehandlung hervorgerufen hat.

Von

Dr. **Ernst Winckler** in Bremen.

In meinem Beitrag betreffend die intranasale Behandlung des Sinus frontalis befindet sich in No. 2 dieser Monatschrift folgender Passus.

„Grünwald und Schech erklären die Behauptung, dass man auch medianwärts der Muschel (der mittleren) in den Sinus frontalis gelangen könne, einfach als Druckfehler.“

Ich glaubte diese Ansicht des Herrn Collegen Grünwald über das Schäffer'sche Verfahren auf Grund einer pg. 154 seiner Lehre von den Naseneiterungen etc. verzeichneten Anmerkung annehmen zu müssen. Dieselbe lautet: „Die Angabe von Schäffer, dass die Sondirung zwischen mittlerer Muschel und Septum vorgenommen wurde, beruht offenbar auf einem Druckfehler, muss jedoch hier ausdrücklich richtig gestellt werden, da dieselbe in einem Referat unverändert wiedergegeben ist.“ Diese Angabe ist Deutsch. Medicin. Wochenschrift 1890, Schäffer: Diagnose und Therapie der Nebenhöhlen der Nase etc. einzusehen und meinerseits auch in No. 2 der Monatsschrift citirt. Schäffer hat hier unter Sondirung nicht das Eingehen in die Stirnhöhle durch den natürlichen Ausführungsgang bezw. des Ostium frontale verstanden, sondern das Hineinschieben einer Sonde in den Sinus zwischen mittlerer Muschel und Septum durch den Stirnhöhlenboden.

Herr College Grünwald glaubte zu seiner oben cit. Aeusserung veranlasst zu sein, da er unter Sondirung die von Jurasz, Hartmann und Anderen ausgeführte Manipulation verstand, welche natürlich nur zwischen mittlerer Muschel und lateraler Nasenwand vorgenommen werden kann.

Ich freue mich auf Grund einer liebenswürdigen Aufklärung des Herrn Collegen Grünwald, hiermit meinen eingangs erwähnten Passus berichtigen zu können, in welchem die Worte: „Grünwald und“ als gestrichen zu betrachten sind. Herr College Grünwald hat mit der pg. 154 seines Buches angeführten Stelle an der Möglichkeit, zwischen mittlerer Muschel und Septum in die Stirnhöhle zu gelangen, wie dies Schäffer angegeben hat, nicht gezweifelt.

Digitized by Google

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber Mittelohreiterungen bei Säuglingen. Von Dr. H. Kossel. (Charité-Annalen, XVIII. Jahrg.).

Auf die Häufigkeit eitriger Mittelohrentzündungen bei Neugeborenen wurde bekanntlich schon in den fünfziger Jahren von Tröltsch, dann von einer Reihe weiterer Autoren auf Grund von Sectionsergebnissen hingewiesen. Kossel ist an diese Frage wieder herangetreten, um auch nach der bisher vernachlässigten bacteriologischen Seite hin Klarheit zu verschaffen. Dabei stand ihm das Materiale der Kinder zur Verfügung, die auf der Säuglingsstation des Institutes für Infectionskrankheiten in Berlin gestorben waren.

Kossel fand nun an 108 Säuglingen 85mal Entzündungen des Mittelohres verschiedensten Grades, vom einfachen Catarrh mit vorwiegend schleimigem Exsudat bis zur Anfüllung der Paukenhöhle und des Antrum mastoideum mit Eiter, ja sogar bis zur Zerstörung der knöchernen Wandungen.

Sehr bemerkenswerth ist die Thatsache, dass das Trommelfell nur 3mal perforirt war; oft war es stark getrübt, und nach innen verzogen. Die Tube war meist durchgängig und relativ weiter, als beim Erwachsenen. Bei Druck auf den äusseren Gehörgang quoll aus dem Ostium pharyngeum der Tuba Eiter hervor. Dementsprechend fand sich in den Nasengängen häufig eitriges Secret vor, ohne dass die Schleimhaut der Nasenhöhle Erkrankungen gezeigt hätte; bei einseitigen Mittelohreiterungen fand sich dann das eitrige Secret nur in der entsprechenden Hälfte der Nase.

Kossel glaubt, dass die Weite der Tuba und die Saugbewegungen des Kindes einen Abfluss des Exsudates durch die Tube begünstigen, womit sich auch die Seltenheit der Perforation erklären lasse.

Was den Ursprung der Krankheit betrifft, so meint der Autor, dass ein einfaches Hineinwuchern der Bacterien aus dem Nasenrachenraume in die Tube stattfinde; bei der bacteriologischen Untersuchung fanden sich am häufigsten Bacterien, die mit den Pfeiffer'schen Pseudo-Influenzabacillen identisch zu sein schienen, ferner Fränkel'sche Pneumoniecoccen, Streptococcen, Friedländer'sche Pneumoniebacillen und der Bacillus pyocyaneus, einmal auch Tuberkelbacillen.

Der Verlauf der Erkrankungen der Säuglinge, bei welchen nach dem Tode von Kossel Otitis media constatirt wurde, war ein verschiedener.

In einer Reihe von Fällen war das Bild einer acuten Infectionskrankheit vorhanden; es bestanden Catarrhe der Schleimhaut des ganzen Respirationstractes, bronchopneumonische Herde in den Lungen und schleimig-eitriger Catarrh der Paukenhöhle. Die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Herde zeigte sich oft durch Uebereinstimmung im bacteriologischen Befund. In diesen Fällen wurde das Krankheitsbild von den Symptomen der Lungenerkrankung beherrscht.

In einem Falle, dessen Krankengeschichte genau angeführt ist, hatte die Eiterung auf die Gehirnhaut übergegriffen und den Tod unter meningitischen Erscheinungen herbeigeführt.

Digitized by Google

Die grösste Mehrzahl der Kinder, bei welchen die Section Eiterung im Mittelohr ergab, boten jedoch während ihres Krankenhausaufenthaltes acute Erscheinungen nicht dar. Sie standen meist im Alter von 1—6 Monaten und boten zum grossen Theile schon bei ihrer Aufnahme das jammervolle Bild der Atrophie dar, jenes Krankheitszustandes, der als Folge der mannigfaltigsten auf den Säugling einwirkenden Schädlichkeiten beobachtet wird.

Häufig genug kamen die Kinder in Behandlung mit noch nicht erheblich gesunkenem Ernährungszustand; nach Angabe der Mütter sollen bis zur Aufnahme weiter keine Krankheitserscheinungen bestanden haben, als dass das Kind unaufhörlich schrie; zuweilen soll auch Erbrechen dagewesen sein. Ein Catarrh der Verdauungsorgane bestand oft nicht, oder es gelang, ihn bald zu beseitigen. Die Nahrungsaufnahme war gut, der Stuhlgang normal und doch ging es von Tag zu Tag mit dem Kinde abwärts; es schrie ganze Nächte hindurch, der Appetit wurde allmählig schlechter. Schliesslich wurde es apathisch, die halbgeschlossenen Augen wurden tief umrändert, die Extremitäten kühl, die Fontanellen sanken ein, der Puls wurde unfühlbar und der Tod erfolgte unter Absinken der Temperatur.

Hier fand K. mit wenigen Ausnahmen die Paukenhöhle mit Eiter gefüllt, oft als einzigen Befund neben hochgradiger Hyperaemie und Oedem des Gehirnes.

In 4 Fällen fand Kossel mehr oder weniger ausgedehnte Thrombosen der venösen Hirnblutleiter.

Die Mittelohreiterung, schliesst Kossel, spielt sicherlich in der Pathologie des Säuglingsalters eine grosse Rolle. Wenn man bedenkt, unter wie stürmischen Erscheinungen oft eine Mittelohrentzündung bei Erwachsenen verläuft, kann man sich nicht wundern, wenn sie bei Säuglingen im zartesten Alter zum Tode führt. Aber auch in den Fällen, wo sie nicht als selbständige Krankheit auftritt, stellt sie eine ernste Complication dar und verschlechtert die Diagnose unzweifelhaft.

Sie kann als Erklärung für die Thatsache herangezogen werden, dass die Sterblichkeit unter den Säuglingen, auch bei der sorgfältigsten Krankenhauspflege, erschreckend hoch ist.

Die Diagnose der Paukenhöhlencatarrhe, meint K., sei leider bei den Säuglingen nicht mit Sicherheit zu stellen; Ausfluss aus dem Ohre bestand nur in 3 von den 49 suppurativen Fällen. Die anatomischen Verhältnisse, meint ferner Kossel, erschweren die Untersuchung mit dem Ohrenspiegel ungeheuer. Der äussere Gehörgang sei so eng und das Trommelfell so stark gegen die Horizontale geneigt, dass man nur einen minimalen Theil des Trommelfelles übersehen könne. Auch die Aussicht, auf operativem Wege etwa durch künstliche Perforation des Trommelfelles dem Eiter Abfluss zu verschaffen, sei deshalb äusserst gering und auch dann dürfte der Nutzen wegen der starken Betheiligung des Antrum mastoideum gering sein.

Diese wichtige Arbeit verdient den uneingeschränkten Dank der Kinder- und Ohrenärzte; die therapeutischen Schlussfolgerungen des Autors kann jedoch Referent nicht gutheissen.

Die Diagnose eines Paukenhöhlencatarrhes, ganz besonders aber einer Paukenhöhlenentzündung ist auch bei kleinen Säuglingen leicht zu

Digitized by Google

stellen; erstens ist die Untersuchung des Trommelfelles nicht so ungeheuer schwierig, wie Kossel meint; mit einem Trichter von nicht ganz 4 Mm. Durchmesser gelingt es meistens sehr leicht, das Trommelfell einzustellen und in seinem ganzen Umfange zu besichtigen.

Injection der Gefässe, Schwellung und Vorwölbung der Membran, Symptome, die auf Entzündung und Secretansammlung schliessen lassen, sind post mortem nicht mehr gut zu erkennen, wenn sie auch intra vitam in deutlichster Weise bestanden hatten. Aus dem Fehlen dieser Symptome am Secirtische darf daher nicht gefolgert werden, dass sie intra vitam nicht vorhanden waren.

Schliesslich ist, wo das Trommelfell gesehen werden kann, auch die Ausführung der Paracentese leicht möglich; die Sorge, dass dieser Eingriff wegen der starken Betheiligung des Antrum mastoideum von geringem Nutzen sein könnte, entspricht nicht den Erfahrungen der Ohrenärzte; nach Anlegen einer Oeffnung im Trommelfelle kann der Eiter auch aus dem Antrum genügenden Abfluss finden, und es hat diese Operation auch bei Säuglingen den in die Augen springenden Erfolg, wie beim Erwachsenen, wenn sie nur früh genug ausgeführt wird.

Gomperz.

---

1) **Ueber eigenartig verlaufene septicopyaemische Erkrankungen nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis.** Von Prof. A. Fraenkel. (Vortrag im Verein für innere Medicin in Berlin.) (Deutsche medicinische Wochrift 1894, No. 9, 10, 11.)

2) **Ueber otitische Pyaemie ohne Sinusphlebitis.** Von San.-Rath Dr. Schwabach. (Ibidem No. 11.)

1) Im Jahre 1887 sind in kurzer Aufeinanderfolge Mittheilungen von E. Wagner, Hepp, Unverricht bezüglich einer über Extremitäten und Stamm diffus verbreiteten Muskelerkrankung gemacht worden, welche eine klinische Sonderstellung beansprucht. Unter Fiebererscheinungen wird eine Reihe von Muskeln nacheinander von Schwellung und Schmerzhaftigkeit befallen, denen sich meist auch gewisse Hautveränderungen zugesellen, Oedem, erysipelartige Röthe oder Exantheme wie Urticaria, Roseola, Purpura. Der Verlauf ist zuweilen ein acuter (einige Tage), meist aber ein chronischer; Ausgang überwiegend häufig in Tod, besonders, wenn auch die Schling- und Athemmusculatur befallen wird; doch kann auch völlige Genesung erfolgen. Die Krankheit ist selten, nur einige 20 Fälle sind bisher beschrieben. Wie die übrigen Autoren, so ist auch Fr., welcher einige eigene Beobachtungen machen konnte, der Ansicht, dass die Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle eine parasitäre Affection ist, dagegen hebt er zum ersten Male hervor, dass bei eifrigem Nachforschen nicht nur die Krankheitskeime, sondern auch ihre Invasionsstätte im Körper bei der Section meistens aufzudecken sein dürften. So bildete in zweien seiner Fälle, in welchen Streptococcen nachgewiesen wurden, eine Mittelohreiterung den Ausgangspunkt für die Invasion der Coccen; anknüpfend an die Beobachtung, dass in diesen Fällen keine Caries und keine Sinusthrombose bestand, weist der Autor auf die bis jetzt im Allgemeinen noch wenig bekannte Thatsache hin, dass auch von einer einfachen acuten Otitis media aus sich allgemeine Sepsis entwickeln könne. Von hoher Bedeutung für die allgemeine

Digitized by Google

Praxis wie für unsere Specialität ist das, was Fr. bezüglich einer gründlichen Untersuchung der Ohren- und Nasenhöhlen sowohl in vivo wie auch bei der Section in allen jenen Fällen anführt, wo es sich um eine infectiöse Erkrankung mit unbekanntem Ausgangspunkte der Infection handelt. „Ein jeder Fall, in dem bei bestehender Unklarheit über den Invasionsort die Durchforschung dieser Räume (Ohr- und Nasenhöhlen) unterblieben ist, muss als eine unvollständige Beobachtung angesehen werden" Zur Illustration theilt Fr. eine Beobachtung mit von gleichzeitigem Empyem der Siebbeinzellen, beider Kieferhöhlen, der Keilbeinhöhle und beider Warzenfortsätze. Die Krankheitserscheinungen des bis kurz vor dem Tode somnolenten Patienten liessen an eine Meningitis denken, da nur Klagen über Kopfschmerzen bestanden. Die Ohruntersuchung hatte Perforation des einen Trommelfells, Entzündung des anderen ergeben.

2) Im Anschlusse an vorstehenden Vortrag besprach Schw. die den Otiatrikern bereits bekannten, in der Litteratur niedergelegten Fälle otitischer Pyaemie ohne Sinusphlebitis mit Zufügung einiger eigenen Beobachtungen, in welchen ebenfalls im Anschlusse an acute Mittelohreiterungen Symptome von Muskelerkrankung auftraten, welche Schw. als infectiöse Polymyositis ansehen möchte. Ob bei dem bestimmten Fehlen von Thrombose der grossen Sinus die Allgemeininfection durch Phlebitis der kleineren Sinus petros. stattfinde, oder durch Entzündung der kleinen Venen im Schläfebeinknochen, oder ob die Aufnahme direct in die Lymphbahnen erfolge, könne nicht endgiltig festgestellt werden.

Keller.

Ueber die functionelle Wichtigkeit der Schnecke. Von Dr. C. Corradi in Verona. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, I.)

Um der Lösung der Frage näher zu kommen, ob im Labyrinth neben der Schnecke noch andere Abschnitte bestehen, welche acustische Eindrücke vermitteln können, schlug der Autor den Weg des Thierexperimentes ein; er wählte Meerschweinchen, die bekanntlich ein vollkommenes Gehör besitzen und auf Töne, sowie Geräusche durch ein deutliches Zittern der Ohrmuschel reagiren, und bei welchen die Schnecke leicht zugänglich ist. Corradi fand nun, dass nach vollständiger Zerstörung der Cochlea auf beiden Seiten totale und dauernde Taubheit auftritt, während partielle Verletzung beider Schnecken nicht nothwendiger Weise zur completen und permanenten Taubheit führt. Gomperz.

Ueber congenitale Missbildungen des Gehörorganes in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln. Von Dr. A. Schwendt in Basel. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, V.)

Der Autor theilt einen Fall von doppelseitiger Microtie und Defect beider äusserer Gehörgänge mit, complicirt von unvollständiger äusserer, an der rechten Wange befindlicher, in eine branchiogene Cyste führender Fistel und vergleicht den Fall mit den übrigen Beobachtungen, bei welchen Wachsthumsstörungen im Bereich der Kiemenbogen gleichzeitig Anomalien des Gehörorganes und unvollständigen Verschluss der Kiemenspalten hervorriefen. Gomperz.

Digitized by Google

Drei Fälle von Otitis media acuta mit acuter Caries des Warzenfortsatzes nach Masern. Von Dr. M. Bolt in Groningen. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, III).

Im ersten Falle trat die Ohrentzündung im Prodromalstadium der Masern auf und führte noch vor dem Ausbruche des Exanthems zur Ostitis; bei den anderen entstand die Otitis im Desquamationsstadium. In allen 3 Fällen wurde trepanirt und Heilung erzielt.

Gomperz.

Ueber Otitis bei Influenza. Von Dr. Hessler. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, IV.)

Im Ganzen beobachtete H. 47 Fälle von Otitis bei Influenza; bei 12 davon musste er die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vornehmen. Dieser hohe Procentsatz erklärt sich aus dem Umstande, dass Hessler als Consiliarius hauptsächlich zu den schwereren Fällen gerufen wurde.

Aus den Krankengeschichten der operirten Fälle ist zu entnehmen, dass sich rasch ausgedehnte Knochendefecte ausbildeten; mehrmals kam es zur Freilegung der Dura nach Wegnahme alles Krankhaften am Knochen. Nur ein Fall endete lethal (4mon. Kind). Die anderen 11 gelangten in sehr kurzer Frist zur Heilung.

Gomperz.

Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter. Von Dr. H. Zwaardemaker. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, VI.)

Versuche mit der Galtonpfeife und König'schen Klangstäben führten zu dem — übrigens nicht neuen — Resultate, dass sich mit zunehmendem Alter das Perceptionsvermögen für die höchsten Töne unserer Tonscala allmählig verliert, eine Thatsache, für welche Veränderungen im Labyrinth und in den Schädelknochen verantwortlich gemacht werden können.

Gomperz.

Die Metallcorrosion. Von F. Siebenmann in Basel. (Arch. f. Ohrenheilk., XXXI. XVII.)

Eine ebenso treffende, wie vornehm gehaltene Beleuchtung und Zurückweisung der Einwendungen Eichler's gegen das Siebenmann'sche Verfahren der Metallcorrosion am Schläfebein.

Gomperz.

Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Turin (1889—1890). Von Dr. G. Gradenigo. (Arch. f. Ohrenheilk., XXXI, XVI.)

Im Berichtsjahre wurden 611 Patienten, davon 59,7 pCt. Männer behandelt. Von den Erkrankungen betrafen 16 pCt. das äussere, 75 pCt. das mittlere, 7 pCt. das innere Ohr.

Der specielle Theil enthält eine Reihe interessanter Beobachtungen; besonders sei auf die bacteriologischen Funde des Autors bei Influenza und bei catarrhalischer Mittelohrentzündung ohne Retraction des Trommelfelles, sowie auf die lehrreichen Krankengeschichten im Abschnitte „inneres Ohr" hingewiesen.

Gomperz.

Digitized by Google

Bericht über die im Etatsjahr 1889/90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Von Prof. Bürkner. (Arch. f. Ohrenheilk., XXXI, XVIII.)

Im Berichtsjahre figuriren 1465 neue Patienten (davon 61,5 pCt. Männer) mit 1844 verschiedenen Krankheitsformen; 1389 Patienten wurden in Behandlung genommen; geheilt wurden 50,1, gebessert 14 pCt.

Das äussere Ohr war in 21,4 pCt., das mittlere in 69 pCt., das innere in 5,2 pCt. der Fälle betroffen. Gomperz.

Bericht über die in den Jahren 1887—1890 behandelten Ohrenkranken. Von Dr. A. Marian in Aussig. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, IX.)

Es kamen 1186 Kranke, davon 745 männlichen Geschlechtes, zur Behandlung. Geheilt wurden 44, gebessert 25, nicht geheilt 8 pCt. der Fälle; bemerkenswerth erscheint die grosse Anzahl — 67 — der beobachteten Fremkörper. Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Ueber die Operation der adenoïden Vegetationen. Von Prof. Dr. O. Chiari in Wien. (Vortrag, gehalten auf dem 11. internationalen medicin. Congresse zu Rom.)

Die Ausführungen des Vortragenden stützen sich auf ein Material von 233 Fällen der Privatpraxis und von 152 aus der poliklinischen Ambulanz; dieselben machten circa 4 pCt. aller Hals- und Nasenkranken aus. Aus den statistischen Daten ist zu entnehmen, dass die adenoïden Vegetationen meistens bei Individuen über 20 Jahren beobachtet wurden, jedoch auch 16 Mal bei solchen unter 30 Jahren. Bezüglich der Aetiologie wird der Scrophulose, acuter Infectionskrankheiten Erwähnung gethan und besonders hervorgehoben, dass man häufig bei adenoïden Vegetationen abnorm weite Nasengänge, also geringer entwickelte Muscheln antrifft, als Zeichen einer constitutionellen Anomalie. Mehrmals war das Leiden bei mehreren Mitgliedern einer Familie vorhanden, so dass man dann von einer vererbten Disposition sprechen konnte.

Die Diagnose liess sich sehr häufig per rhinoscopiam anteriorem stellen, wurde aber fast immer auch per rhinoscopiam posteriorem gemacht, um genau die Grösse und den Sitz der Vegetationen zu bestimmen. Da zeigte sich nun, dass die Vegetationen niemals in der Rosenmüller'schen Grube oder an den Tubenwülsten sassen. Ferner ergab sich in den genau protocollirten 233 Fällen der Privatpraxis, dass die Vegetationen 64 Mal sehr klein, 142 Mal mittel oder sehr gross waren, aber fast immer zapfenartig nebeneinander vom Rachendache herabhingen. Diffuse, kissenartige Vergrösserungen der Rachenmandel kamen nur selten vor.

Die Behandlung bestand fast immer in der Abtragung mit Hilfe der durch die Nase eingeführten kalten Stahldrahtschlinge, und ihr Erfolg wurde durch die Rhinoscopia posterior controlirt. In den 233 Fällen der Privatpraxis gelang so die Entfernung 163 Mal völlig; 46 Mal wurde die Operation nicht gestattet. In den übrigen 24 Fällen gelang sie nur theilweise oder gar nicht, und zwar hauptsächlich wegen Enge der Nase, Verbiegung der Scheidewand etc.

Digitized by Google

Die Daten über die poliklinischen Patienten sind unvollständig; es wird hier nur über 62 völlige Heilungen nach dieser Methode berichtet, welche geringe Zahl sich aus der mangelhaften Führung des Protocolls erklärt.

Die Operation wird nach vorhergehender Cocaïnisirung der Nase mit 20 pCt. Lösung fast schmerzlos vorgenommen, ist auch bei sehr kleinen Kindern (2 dreijährige, 2 vierjährige) leicht ausführbar, von keiner nennenswerthen Blutung oder Reaction gefolgt, meist in einer bis zwei Sitzungen zu vollenden; sie erfordert nur bei sehr widerspenstigen Kindern einige Assistenz.

Man kann damit auch sehr kleine, ganz oben an dem Rande der Choanen sitzende Wucherungen entfernen und durch Seitwärtsdrängen des Instrumentes auch die seitlich und hinter dem Septum gelegenen. Die zum Vergleiche angestellten Versuche mit den anderen Instrumenten, sowohl den zangenartigen, als den Ringmessern und scharfen Löffeln zeigten, dass sie alle stärkere Blutung und Reaction hervorriefen, auch öfter mehrere Sitzungen erforderten und nicht selten Verletzungen der umliegenden Schleimhaut setzten. Am besten bewährte sich noch Gottstein's Ringmesser, dem jedoch gerade die zapfenartigen Vegetationen sehr leicht auswichen. Die galvanocaustische Aetzung oder Schlinge wurde nie angewendet als unnöthig, sehr umständlich und auch gefährlich.

Es empfiehlt sich daher dringendst der Schlingenschnürer, weil er schonend arbeitet und fast immer anwendbar ist. Autoreferat.

Fremdkörper der Nase. (Corps étrangers du nez.) Von Dr. Martin. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Vier Fälle von Nasenfremdkörpern mit Retention und Fötor. Ein 2 Ctm. langes und 1 Ctm. dickes Stück Hollundermark, ein Stück Bindfaden, ein Kirschkern, ein zweiter Kirschkern bilden die Corpora delicti. Heilung. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Tumoren der Nasenscheidewand. (Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale.) Von DDr. Garel und J. Collet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Verf. geben die microscopische Beschreibung einer gewissen Zahl von ihnen beobachteter Nasenscheidewandtumoren, wozu die Angiome, die Naevi pigmentosi, die tuberculösen und lupösen Tumoren, die Papillome nebst einfachen Schleimpolypen, sowie die Myxo-Angiome zu rechnen sind. Dr. P. K.

Ueber chronische primäre Nasendiphtheritis. (Sur la diphtérie primitive chronique du nez.) Von Dr. Luigi Concetti. (Archivii italiani di laringologia. April 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Der pseudomembranöse Schnupfen, die Rhinitis fibrinosa chronica ist nur chronische Diphtheritis. In fünf vom Verf. beobachteten Fällen wurden zwei Mal die Löffler'schen Bacterien nachgewiesen, zwei Mal war Contagion und spätere Lähmung eingetreten, in dem fünften Falle

Digitized by Google

trat nachher Larynxcroup ein. Alle fünf waren chronisch und scheinbar unschuldig. Man muss immer bedenken, dass solche Fälle eine Gefahr zur Autoinfection und zur Heterocontagion sind. Dr. P. K.

Syphilis des Nasenrachenraumes. Von Dr. Gerber. (Hierzu Tafel I.) Aus Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkrankheiten in Königsberg. (Sonderabdruck aus Archiv für Dermatologie und Syphilis.)

Fälle von isolirter Syphilis des Nasenrachenraumes finden sich sehr spärlich in der Literatur, vielleicht nur, weil die Rhinoscopia posterior noch nicht Allgemeingut aller Aerzte ist. Solche Fälle sind bisher nur von Wendt, Michel, Zaufal und Verf. beschrieben. G. beobachtete nun einen neuen einschlägigen Fall an einer 29jährigen Pat., welche seit 4 Wochen über Halsschmerzen, nächtliche Trockenheit und morgendliche Verschleimung des Halses klagte. Sonst sei sie immer gesund gewesen. Die bisherige Behandlung mit Pinselungen und Einathmungen war erfolglos. Die Inspection der Mundhöhle und die Rhinoscopia posterior gestattete Anfangs nur die Diagnose: diffuser Retronasalcatarrh. Nach 3tägiger Anwendung der Nasenrachendouche und Pinselungen mit modificirter Lugol'scher Lösung war das vorher reichliche Secret verschwunden, und man entdeckte mit dem Spiegel ein Geschwür, dessen Haupttheil am Rachendache lag und das sich abwärts bis an die dem freien Rande des Velum entsprechende Stelle der Pharynxwand erstreckte. Seitlich erstreckte es sich von einem Tubenwulst zum anderen, den rechten einbeziehend. Das Geschwür war flach, scharfrandig, der Rand gewulstet, nur an den Choanen allmählig in die normale Schleimhaut übergehend, der Grund höckerig-ulcerös, speckig-gelb belegt. Ein circa linsengrosser solcher Belag und noch kleinere finden sich auf dem rechten Tubenwulst. Am Dache der linken Choane ein isolirter, kleiner, gelber Plaque. Diagnose: luetisches Geschwür. Der Rest einer Allgemeinerkrankung wurde nur noch in der Form eines Leucoderma an den unteren Partien des Halses gefunden. Patientin vervollkommnete auf nochmaliges Examen die Anamnese dahin, dass sie im April 1890 ein mit Flecken behaftetes Kind gebar, welches starb. Nach Gebrauch von 20 Gramm Jodkali, täglicher Jodoforminsufflation und 10 Einreibungen zu 40 Gramm Ung. ciner. ist das Geschwür ohne erkennbare Narbe geheilt. — Auf einer colorirten Tafel ist der rhinoscopische Befund dieses Falles der völlig normalen Mundrachenhöhle gegenübergestellt.

Hitschmann.

Die Electrolyse gegen die Missbildungen der Nasenscheidewand. (L'électrolyse contre les déformations du septum nasal.) Von Dr. G. Strazza. (Bollettino delle malattie dell'orecchio, August 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. ist nicht so eingenommen von der Methode, wie Dr. Moure; man muss, einmal an die Knochensubstanz angelangt, sehr oft und lange behandeln; die Operation ist schmerzhaft; der Vorzug besteht in der Blutlosigkeit, dem Fehlen der Reactionserscheinungen und der Verwachsungen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Alumnol bei Nasen- und Halskrankheiten. (De l'alumnol dans les maladies du nez et de la gorge.) Von Dr. Mount Bleyer. (Congrès medical Pan-americain und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21, 1893.)

Ist dem Aluminium aceticum und dem Aluminium aceto-tartaricum vorzuziehen. Es besteht aus einer Verbindung von Aluminium und Naphtosulphat, 40procentig in kaltem Wasser löslich, wird dunkelbraun an der Luft, fällt das Eiweiss, löst letzteres aber bei grösserem Zusatz wieder auf. Verf. sah besonders gute Wirkung bei Zungencondylomen.

Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 7. Januar 1892 bis 1. Januar 1893.

Die Abfertigung der Kranken geschah im Sommersemester täglich von 9 bis 1 und 2 Uhr, in den Wintermonaten von 9 bis 12½ und 1 Uhr. Behandelt wurden 1037 Kranke mit 1231 Krankheitsformen, und zwar 429 Fälle von Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes, 342 von Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes, 241 von Haut- und Geschlechtskrankheiten, 105 von Ohrenkrankheiten und 114 Fälle von Krankheiten, welche an den Grenzgebieten der genannten Specialfächer liegen. In 209 Fällen wurden operative Eingriffe, davon 38 in Chloroform-, die anderen zumeist unter localer Anaesthesie, gemacht, 118 Zahnextractionen wurden ausgeführt. Die einzelnen Krankheitsformen und die vorgenommenen Operationen werden in Tabellen, jedoch ohne Angabe des Heilungserfolges angeführt. Im Anschlusse daran folgen therapeutische Mittheilungen. Die Schleimhautmassage der oberen Luftwege und die Versuche mit cantharidinsauren Salzen erzielten Misserfolge. Hyperplastische Processe in der Nase und dem Nasenrachenraume wurden mit Trichloressigsäure, die in Crystallform mittels Jurasz'scher Sonden aufgetragen wurde, mit vorzüglichem Erfolge behandelt. Chirurgische Eingriffe bei Kehlkopftuberculose wurden möglichst selten gemacht, neben Milchsäure kam Perubalsam zur Verwendung. Die Erfahrungen mit der Bresgen'schen Nachbehandlung von Nasenoperationen berechtigten zur Empfehlung; Europhen bei trockenem Nasencatarrh und bei Lues und Jaenicke's Tetrabor bei uncomplicirter Otorrhoe bewährte sich gut. In der Dermatotherapie wurden von Salol und Dermatol, sowie bei Ulcus cruris vom Unna'schen Zinkleimverband gute Erfolge gesehen.

Dr. Hitschmann.

Zweiter Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 1. Januar 1893 bis 1. Januar 1894.

Die Krankenzahl wuchs in diesem Berichtsjahre auf 1477. Von diesen litten 1132 an Hals- und Nasenkrankheiten, 306 an Haut- und Geschlechtskrankheiten, 179 an Ohrenkrankheiten und 99 an verwandten Affectionen. Von 270 Operationen wurden 58 in Narcose ausgeführt, ferner wurden 268 Zahnextractionen vorgenommen. Die einzelnen Krankheitsformen und die Häufigkeit ihres Vorkommens, sowie die Arten der

Digitized by Google

Operationen giebt eine Tabelle ohne Erwähnung der Heilungsresultate an. Die Behandlung mit Trichloressigsäure wurde häufiger, die mit Galvanocaustik seltener angewendet.

Besondere Aufmerksamkeit wurde der Syphilis der oberen Luftwege, der Aetiologie der Ozaena und deren Beziehungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen zugewandt. Erwähnenswerth sind einige endonasale, bei 12—13jährigen Kindern gefundene Polypen, einige Fälle von Tuberculose des Rachens, der Nase und des Nasenrachenraumes, sowie ein Fall von Actinomycose der Wangenschleimhaut.

Dr. Hitschmann.

Penetrirende Halswunde bei Selbstmordversuch. (Plaie pénétrante du cou par tentative de suicide.) Von Dr. Müller, Dr. Cary und Dr. Paul Koch. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1893.)

Ein 23jähriger Handschuharbeiter wollte sich die Kehle mittels eines Dolirmessers durchschneiden. Ungeheurer Blutverlust, quere Halswunde von einem Sternocleidomastoideus zum andern nebst querer Trennung dieser Muskeln, Blossliegen der Carotiden, Epiglottis ganz vom Larynx getrennt an der Zungenbasis haftend, Larynx selbst intact, Pharynx dermassen durchschnitten, dass auf beiden Seiten der Wirbelsäule nur ein kleiner Lappen als Rest seiner Wände blieb. Athmen normal, Stimme gestört. Bei diesen guten Verhältnissen wurde nur auf beiden Seiten des Larynx je eine Naht angelegt, antiseptisch verbunden und das Kinn dem Sternum genähert. Sondenernährung. Heilung ging rasch von statten, es blieb nur eine kleine Fistel übrig. Doch liessen die Folgen der Narbenretraction nicht lange auf sich warten. Das Laryngoscop zeigte die Epiglottis quer auf dem Aditus laryngis liegen. Die rasch sich mehrenden Erstickungsanfälle nöthigten plötzlich des Nachts unter sehr ungünstigen Verhältnissen zur Tracheotomie, welche in der Agone ausgeführt wurde; die Trachea war sehr schwer zu finden. Patient genas insofern, dass er die Canüle tragen muss. Dieser practisch und gerichtlich-medicinisch sehr interessante Fall führt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Es giebt tiefgehende Schnittwunden des Halses, welche sehr zur exspectativen Behandlung einladen und wirklich sehr schön zu heilen scheinen; dies war hier der Fall; 2) die Heilung der Haut geht rasch von statten, wenn aber die Narbencontraction in der Tiefe vor sich geht, tritt Verschiebung der Weichtheile und Knorpeltheile ein, es entstehen nothwendiger Weise Erstickungsanfälle, welche das Leben des Patienten bedrohen; 3) die Halswunden, welche die Membrana hyothyroidea quer treffen, wie bei unserem Patienten, sind die bei weitem am meisten klaffenden; in der Tiefe dieser Wunden bemerkt man dann die mehr weniger abgetrennte Epiglottis; letztere soll entweder ganz amputirt oder genau an die Cartilago thyroidea angenäht werden. Da ferner die Narbencontraction unvermeidlich ist, soll man den Rath einiger neuerer Chirurgen nicht befolgen, sondern gleich die tiefe prophylactische Tracheotomie ausführen, eine grosse Canüle einführen, genaue tiefe und oberflächliche Nähte anlegen, dann antiseptisch verbinden, die vollständige Heilung und Narbenretraction abwarten, dann die mechanische Larynx- und Pharynxbehandlung einleiten und erst nach dem gesicherten Erfolge letzterer die Canüle entfernen. Letzteres gelingt in den wenigsten Fällen.

Digitized by Google

Man soll also nicht wie im vorliegenden Falle, sondern der altclassischen Methode nach verfahren; das Leben des Patienten ist dabei gesichert, man kommt nicht in die Lage, eine schwierige, oft zu späte Tracheotomie ausführen zu müssen. Dr. P. K.

Klinischer Vortrag über den Werth der Nähte bei Halswunden und chirurgischen Operationen an den obersten Luftwegen. (Leçon clinique sur la valeur des sutures dans le traitement des coupures de la gorge et des plaies chirurgicales de la voie aérienne.) Von Dr. Henry Morris. (Lancet, December 1892 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 17, 1893.)

Verf. verwirft die classische Methode, welche darin besteht, die Halswunden durch Granulation und Narbenbildung heilen zu lassen und spricht der Naht das Wort. Man soll streng antiseptisch reinigen und dann ganz genau die getrennten Ränder eines jeden einzelnen Gewebes zusammennähen; Anlegen von Drainröhren an den geeigneten Stellen. Die Heilung per primam ist dann gesichert. Es findet keine Narbencontraction statt; bei sorgfältig zugenähter Trachea kann kein Hautemphysem entstehen und es kann kein Exsudat in die Luftwege dringen. Bei diesem Vernähen muss der Kopf einige Tage unbeweglich bleiben und muss Ernährung per anum stattfinden.

Wenn die Nähte gut ausgeführt sind, so ist die Heilung per primam sicher; während dieser kurzen Zeit kann die Mastdarmernährung ohne Beanstanden stattfinden und fällt die lästige Sondenernährung weg nebst allen ihren Nachtheilen; die mit Recht so gefürchteten Stricturen des Oesophagus und der Trachea fallen weg (?), es bleibt keine Fistel zurück.

Dr. P. K.

Innervation des Gaumensegels. (Innervation du voile du palais.) Von Dr. Livon. (Association française pour l'avancement des sciences, Besançon 1893 und Semaine médicale No. 51, 1893.)

Bei gehöriger Vorsicht in der Gegend des Bulbus kann man beim Präpariren die Theile des Pneumogastricus und des Accessorius Willisii, welche Theile dem Gaumensegel zukommen, von einander trennen. Reizung der Vaguswurzeln lösen Contractionen der Musculi palatostaphylinus und pharyngostaphylinus aus. Reizung der oberen Wurzeln des Accessorius Willisii lösen Contractionen der Musculi peristaphylini externus und internus aus. Also erhält der weiche Gaumen, wie Vulpian schon angedeutet hatte, eine doppelte Innervation (vom Vagus und vom Accessorius), ähnlich wie dies beim Facialis und Glossopharyngeus der Fall ist. Dr. P. K.

Ueber den Einfluss des Ziehens an der Zunge auf gewisse nervöse Lähmungen. (De l'influence des tractions linguales sur certaines aphonies nerveuses.) Von Dr. C. M. Desvernine. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Das Ziehen an der Zunge ermöglicht gewisse Larynxtöne, welche man unter den gewöhnlichen Bedingungen durch Vocalisationsversuche nicht hervorbringen kann. (Dieses Phänomen beobachtet wohl jeder Practiker; es ist selbst den nervösen Patienten so auffallend, dass letztere

Digitized by Google

glauben, das Einführen des Laryngoscops sei eine Operation gewesen, welche plötzlich die Stimme wiedergegeben habe; die vermeintliche Heilung hört aber ebenso plötzlich wieder auf. Ref.) Die von Bruns eingeführte Larynxgymnastik, welche von Gottstein, Gouguenheim, Jurasz mit Erfolg angewandt worden ist, beruht wohl nicht einzig und allein auf dem psychischen Einfluss und auf Suggestion, sondern auch theilweise auf dem Ziehen an der Zunge. Auffallender Weise ist dieses mechanische Moment noch von keinem Autor erwähnt worden; das Ziehen an der Zunge „ohne" Einführen des Laryngoscops bringt in den meisten Fällen denselben heilsamen Effect; es ist immer nur ein bestimmter Grad des Ziehens und immer derselbe, der den Ton hervorbringt. Verf. erzählt zwei Beispiele zur Erhärtung seiner Erklärung; ein von Jurasz beschriebener Fall bringt denselben Beweis. Das Phänomen findet übrigens seine Analogie in dem günstigen Einfluss der regelrecht ausgeführten Zungentractionen auf die Belebung der scheintodten Kinder sowie der Ertrunkenen, wie Laborde selbe in jüngster Zeit anräth. Bei beiden Methoden entstehen ganz einfach Reflexbewegungen durch die Medulla. Die mechanischen, von Olliver, Wylie, Sherry und Jurasz angerathenen Larynxbewegungen scheinen übrigens dieselbe Wirkung zu haben, ohne dass genannte Autoren dieselbe Erklärung dafür geben. Verf. räth also, einstweilen die Theorie der psychischen Suggestion sub judice zu lassen und die mechanische Wirkung obiger Manipulationen mehr in Betracht zu ziehen, wie schon Westphal und Charcot angedeutet hatten. Dr. P. K.

Instrument zum Hervorziehen der Zunge beim Laryngoscopiren. (Tire langue pour la laryngoscopie.) Von Dr. G. Ficano. (Gazzetta degli ospitali, Mai 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Für ungeschickte Patienten bestimmt. Das Instrument besteht in einer mit Gummi umkleideten Zange, welche die Zunge fasst und am Kinn mittels eines den Kopf umgebenden Bandes befestigt wird.

Dr. P. K.

Behandlung der tuberculösen Drüsengeschwülste. (Traitement des adénites tuberculeuses.) Von Dr. Marchand. (Société de chirurgie, Juli 1893 und Semaine médicale No. 42.)

Die verschiedenartigsten interstitiellen Einspritzungen können zu demselben Resultate führen und es ist schwer zu sagen, welchem Medicament der Vorzug zu geben ist und wie selbe wirken; selbe können nur in der ersten Periode wirken. Aber auch in dieser Periode, wo noch keine Eiterung eingetreten ist, zieht Verf. die Totalexstirpation vor; letztere ist leicht, es treten selten Blutungen ein; selbst bei vorhandener Eiterung erreicht man Heilung per primam; die einzigen unangenehmen Ereignisse können durch die Entzündung der umgebenden Capsel eintreten und diese sind noch gering. Dr. Moty gebraucht mit Erfolg das Camphornaphtol. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome mit Demonstration von mieroscopischen Präparaten, Zeichnungen und Photographien. Von Prof. Dr. Ottokar Chiari in Wien. (Vortrag, gehalten am 11. internat. medicin. Congresse zu Rom 1894.)

Nach kurzer Besprechung der Untersuchungen und Angaben Eppinger's, welcher im Einklange mit den anderen Autoren diese Geschwülste als Fibrome erklärt, sucht Ch. nachzuweisen, dass dieselben als umschriebene Hypertrophien der oberflächlichen Antheile des Stimmbandes zu deuten sind und nicht als Fibrome, welche, aus der submucösen Schichte entspringend, die Schleimhaut ausstülpen. Er stützt sich dabei zunächst auf die histologische Untersuchung von 38 Geschwülstchen der Stimmbänder, deren Ergebnisse er theilweise schon in der „Wiener Klin. Wochenschrift" 1891, No. 52, und in der „Prager medicin. Wochenschrift" 1892, No. 37, veröffentlichte; 16 derselben wurden erst seither untersucht. Alle diese, circa in der Mitte der freien Kante des Stimmbandes sitzenden, bis bohnengrossen Geschwülste zeigten eine grosse Gleichmässigkeit im Bau. Bedeckt waren sie von einem geschichteten Plattenepithel und bestanden aus einem faserigen Bindegewebe, welches manchmal dichter, gewöhnlich aber locker gefügt, zahlreiche Maschenräume enthielt. Dieselben waren theils länglich, theils rundlich, theils ganz unregelmässig gestaltet, mit oder ohne Endothel, und enthielten theils Blut, theils Gerinnsel, theils feinkörnige Massen, theils endlich waren sie leer.

Die Gefässe waren meist zahlreich, oft ausgedehnt; Pigment sah man häufig und ebenso die von Eppinger beschriebenen hyalinen Massen. Alle diese Erscheinungen muss man auf Stauungen zurückführen.

Eine scharfe Abgrenzung der oberflächlichen Schichte gegen die Hauptmasse der Geschwülste konnte aber nie nachgewiesen werden, so dass schon daraus das Unpassende der Bezeichnung Fibrom entnommen werden kann; vielmehr enthielten diese Geschwülstchen alle Bestandtheile wie das Stimmband, welches ja auch an der gewöhnlichen Ansatzstelle der Geschwülste keine Scheidung in Schleimhaut und submucöses Gewebe zeigt. Besonders deutlich zeigen sich zwei im Zusammenhange mit dem Stimmbande in frontale Serienschnitte zerlegte Geschwülste als Hypertrophien aller oberflächlichen Antheile des Stimmbandes. Man sieht an den Präparaten und Zeichnungen unter mehreren kleineren hypertrophischen Wülsten einen nach und nach zu dem Polypen sich entwickeln. Dieser eine Wulst erscheint nämlich zunächst als unmittelbar aus dem Stimmbande hervorwachsende, ebenso wie das umliegende Stimmband zusammengesetzte kleine flache Kuppel, wächst dann allmählich in Breite und Höhe, namentlich in Folge des Auftretens von starker Ectasirung der Gefässe, die bald die Hauptmasse der Schwellung ausmachen, und wird endlich zu dem kugeligen oder birnförmigen Tumor, welcher durch seine Schwere den saumartigen Wulst des Stimmbandrandes an einer Stelle zu einem Stiele auszieht.

Diese aus der Betrachtung der Serienschnitte (namentlich des einen Polypen) sich unmittelbar aufdrängende Vorstellung von der Entstehung der Polypen wird auch unterstützt von der klinischen Beobachtung. Man sieht nämlich manchmal dünne rothe Säume am Stimmbandrande, manchmal mit einer knotigen Verdickung in der Mitte und öfters von

Digitized by Google

dem Stiele eines sogenannten Fibroms einen schmalen rothen Saum an der Stimmbandkante sich nach vorn und hinten fortsetzen. Der Nachweis von chronischer Entzündung des Stimmbandes in den beiden histologisch untersuchten Fällen, sowie die Häufigkeit chronischer Entzündung der Stimmbänder bei Polypenbildung macht auch die Entstehung letzterer in Folge Catarrhs sehr wahrscheinlich. Ihr Wachsthum wird gewiss in vielen Fällen fast nur auf die Stauung zurückzuführen sein, der sie durch oftmalige Quetschung häufig ausgesetzt sind, namentlich wenn sie an der Stimmbandkante sitzen; denn ausgedehnte Gefässräume, Bindegewebsmaschenräume, die mit Blut, Gerinnseln und mit feinpunktirter Masse (wahrscheinlich geronnenes Serum) gefüllt sind, machen die Hauptmasse der meisten sogenannten Fibrome aus, während das Bindegewebe sehr in den Hintergrund tritt. Demonstrirt wird dies besonders noch an einer cystischen Geschwulst des Stimmbandes, in welcher die Bildung macroscopischer Cysten auf seröser Erweichung des Gewebes beruhte.

Schliesslich wird noch durch Färbungs-Ergebnisse die Ansicht Eppinger's von der Abstammung der hyalinen Substanz vom Fibrin unterstützt.

Als Ergebniss der Untersuchungen folgt also, dass diese 38 sogenannten Fibrome des Stimmbandes sicherlich nur als Hypertrophien aller oberflächlichen Schichten des Stimmbandes aufzufassen sind und daher im Sinne Eppinger's Polypen genannt werden müssen. Wahrscheinlich gilt das auch für viele andere solche Geschwülstchen.

Autoreferat.

Neue Untersuchungen über die motorischen corticalen Larynxcentren. (Nouvelles recherches expérimentales sur les centres moteurs corticaux du larynx.) Von Dr. G. Masini. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, Juli 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Gemäss seiner 1886 ausgeführten und jetzt nach einer anderen Methode ausgeführten Experimente kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) beim Hunde bestehen in der Gehirnrinde zwei bilaterale Centren, welche jedes für sich den Bewegungen der entgegensetzten Larynxhälfte vorstehen; 2) diese Centren verschmelzen sich mit anderen Bewegungscentren, namentlich mit denen, welche in directer Verbindung mit den Glottisfunctionen stehen; 3) die Verletzung oder die Zerstörung des einen Centrums ist nicht von einer totalen Lähmung, sondern blos von einer Parese gefolgt, eben wegen der Kreuzung und der directen Verbindung der Fasern; 4) die doppelseitige Verletzung oder Zerstörung bewirken eine vollkommene Parese, aber keine absolute Lähmung. Dr. P. K.

Ueber Laryngitis hämorrhagica. (La laryngite hémorrhagique.) Von Dr. Nogaro. (Société française d'otologie et de laryngol., Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 16, 1893.)

Gestützt auf einen Fall, dessen genaue Beschreibung er giebt, stimmt Verf. mit den Autoren überein, welche die quantitativ geringe Blutung betonen, auf die geringe Gefahr des Leidens aufmerksam machen, bei aufgefundenem Herd im Larynx die Lungentuberculose glauben ausschliessen zu können. Dr. P. K.

Digitized by Google

Syphilitische Larynxstenose durch Excision eines Stimmbandes geheilt. (Sténose syphilitique du larynx guérie par excision d'une corde vocale.) Von Dr. Ewen C. Stabb. (Société clinique de Londres, 28. April 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 16, 1893.)

Ein seit 9 Jahren inficirter Patient musste tracheotomirt werden; es bildete sich Narbengewebe, welches die Laryngofissur erheischte; das medianstehende rechte Stimmband wurde mit dem Narbengewebe entfernt; Excision eines abgestorbenen Stückes der Cartilago thyroidea. Heilung und sogar normale Stimme. Dr. P. K.

Fall subglottischer Stenose. (Un cas de sténose sousglottique.) Von Dr. F. Massei. (Archive italiana di laringologia, April 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Eine 28jährige Dame hat seit einem vor 14 Jahren überstandenen sogen. Croup immer wachsende Dyspnoe. Unterhalb der Stimmbänder besteht eine quergespannte Membran mit centraler ovaler Oeffnung. Spaltung mittels des Schrötter'schen Laryngealmessers; nachfolgender Catheterismus. Heilung. Dr. P. K.

Die Tubage bei hysterischer Larynxlähmung. (Le tubage dans la paralysie hystérique du larynx.) Von Dr. O. Ascento. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, November 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Adductorenlähmung des linken Stimmbandes. Die Pat., bei welcher alle gewöhnlichen Behandlungsweisen scheiterten, wurde durch Autosuggestion beigebracht, dass ein O'Dwyer-Egidirohr, in den Larynx eingeführt, während seines Verbleibens die Aphonie nicht heile, sondern sogar steigere, dass die Stimme aber gleich nach dem Entfernen des Rohres wiederkehre. Zwei solche Sitzungen brachten Heilung.
Dr. P. K.

Behandlung des Larynxkrebses. (Sur le traitement du cancer du larynx.) Von Dr. Jose Roquer Casadeus. (Revista di laringologia und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. ist gegen die Totalexstirpation. Alle Larynxkrebskranke sterben, sie mögen sich einer Operation unterwerfen oder nicht. Letztere sterben leichter und leben länger. Dr. P. K.

Ein Fall von Larynxabscess. (Un cas d'abcès du larynx.) Von Dr. Moll. (Société des laryngologistes et otologistes belges, 4. Juni 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Ein starker Mann ist seit drei Tagen heiser, kein Schmerz und keine Dysphagie. Oedem am rechten Giessbeckenknorpel, leichte Entzündung und Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes. Unsichere Diagnose. Nach drei Tagen Eröffnung eines kleinen Abscesses am Processus vocalis. Heilung. Nachher ein Influenza-Anfall mit Pleuropneumonie; Heilung nach drei Wochen. Interessanter Fall, weil die Influenza hier mit laryngealen Erscheinungen anfing, während gewöhnlich das Umgekehrte stattfindet. Dr. P. K.

Digitized by Google

Laryngitis bei Aussatz. (Laryngite lépreuse.) Von Dr. Ramon de la Sota y Lastra. (Archives internationales de rinologia et laringologia, October—December 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Eine 32 persönlich beobachtete Fälle enthaltende Monographie. Die Contagiosität ist nicht bewiesen. Die Localisation im Larynx ist nicht absolut tödtlich, der Tod durch Stenose ist selten. Zerstörung der Knoten mittelst Galvanocaustik hat sich am besten bewährt.

Dr. P. K.

Ueber die Eintheilung und die Therapie der Pachydermia laryngis. Von Prof. Dr. O. Chiari. (Vortrag, gehalten auf dem XI. internationalen medicinischen Congresse in Rom 1894.)

Zunächst wird betont, dass ausser Besprechung bleiben werden die Papillome des Kehlkopfes, welche Virchow unter dem Namen Pachydermia verrucosa zur P. rechnen will, weil in klinischer Beziehung eine Zusammenfassung der Pachydermia diffusa und verrucosa unhaltbar ist.

Die beiden Formen der P. diffusa, die reine typische Form einerseits und die secundäre oder accessorische andererseits, unterscheiden sich, wie aus Literaturangaben, eigenen und fremden Beobachtungen hervorgeht, nur durch den Umstand, dass die erstere Form durch chronischen Catarrh, die letztere aber durch andere, specifische Reize, als Tuberculose, Syphilis, Typhus, Lupus etc. hervorgerufen wird. Dafür spricht vor Allem die Thatsache, dass schon öfters Fälle gesehen wurden, in denen Tuberculose, Syphilis, Perichondritis etc. an den Processus vocales Wülste lieferten, die vollständig denen der P. typica glichen; dasselbe kam auch an der Plica interarytaenoïdea vor. Ferner bestehen die durch chronische Reize, sei es Catarrh, Syphilis oder Tuberculose etc. bedingten Höcker und Wülste an den Stimmbändern und der Plica interarytaenoïdea in gleicher Weise aus verdicktem, grosse Zapfen in die Tiefe sendendem Epithele und aus infiltrirtem Bindegewebe; ferner kommen geringe Grade von Epithelverdickung sehr häufig an den Stimmbändern und der Plica interarytaenoïdea vor; endlich waren alle diese Veränderungen schon früher sowohl den Anatomen als den Laryngologen bekannt, ja selbst die Pachyd. typica an den Processus vocales wurde schon beschrieben und abgebildet und nur anders benannt, gewöhnlich auch unrichtig, nämlich als Geschwür mit wallartigen Rändern gedeutet.

Man hat also unter Pachydermie nur ein Symptom zu verstehen und keine Krankheit.

Die Therapie der Pachydermie bezieht sich daher auf alle Formen der Epithelverdickung im Larynx, seien sie dünn oder dick, mit oder ohne Betheiligung des Bindegewebes einhergehend, durch Catarrh oder andere Erkrankungen veranlasst. Es wird dann 1. die Behandlung der leichten Epithelverdickungen, besonders in der Plica interarytaenoïdea, besprochen, 2. die Therapie der typischen Wülste an den Processus vocales, bei denen sich mehr die medicamentöse als die operative empfiehlt, während hingegen 3. bei den pachydermischen Infiltraten an der Plica interarytaenoïdea, seien sie durch Catarrh oder Tuberculose oder Syphilis oder andere chronische Reize bedingt, mehr die Operation mit schneidenden oder galvanocaustischen etc. Instrumenten anzurathen ist.

Digitized by Google

Eine unbedingte Indication für die operative Behandlung geben aber jedenfalls sowohl die typischen als auch die accessorischen Wülste und Höcker, wenn sie die Stimme oder Athmung bedeutend stören.

Schliesslich wird die Electrolyse als sehr energisch und doch reizlos wirkend sehr für diese Operation empfohlen. Autoreferat.

Der Blutegel im Larynx. (La sangsue haemopis vorax dans le larynx.) Von Dr. Arturo Benjamino Leone. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, Juli 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. giebt die Krankengeschichte von zehn von ihm beobachteten Fällen. In Sizilien lebt in den Gewässern ein unter dem Namen des Pferdeblutegels, Haemopis vorax, bekannter Blutegel, dessen Saugnäpfe nicht die Epidermis; wohl aber die Mucosa anzapfen können. Er ist höchstens 25—30 Millimeter gross, setzt sich Anfangs im Pharynx oder Aditus laryngis fest, um später, dem Inspirationsluftstrom folgend, sich im Larynx selbst anzusaugen. Fremdkörpergefühl, fortwährendes Hüsteln mit schleimig-blutigem Auswurf; diese Symptome werden ausgeprägter beim Heranwachsen des Thieres. Diagnose leicht, Prognose gut, Extraction leicht. Dr. P. K.

Ueber extralaryngeale Revulsion. (Sur la révulsion extralaryngée.) Von Dr. Luciano Baragas. (Archivos internation. de rinologia, laringologia, November 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Zwei Fälle beweisen die Gefahr solcher Behandlungsweise; durch sie werden die zum Larynx gehenden und in ihrem Verlauf theilweise subcutan gelegenen Arteriae thyrohyoidea und cricothyroideae mit Blut überfüllt und ebenso das Larynxinnere. Man soll also die alten Traditionen bei Seite setzen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von chronischem Croup. (Deux cas de croup chronique.) Von Dr. F. Egidi. (Archivi italiani di laringologia, Januar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Beide Fälle gehören zu dem chronischen, postoperativen Croup; seltene Fälle. Dr. P. K.

Ein Fall von totaler Larynxexstirpation ohne Tracheotomie; künstliche Herstellung der Stimme. (Sur un cas d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, avec retablissement artificiel de la phonation.) Von Dr. Ch. Périer. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Ein 62jähriger Mann zeigte die Symptome eines genau abgegrenzten Larynxepithelioma's. Verf. giebt seine Operationsmethode. Das Microscop zeigt, dass das Epithelioma genau innerlich abgegrenzt ist, dass man es mit einem zur Operation günstigen, von den Franzosen Cancer intrinsèque genannten Falle zu thun hat; die das Epithelioma umgebenden Larynxgewebe, namentlich die Lymphgefässe waren intact.

Dieser Fall spricht zu Gunsten der frühzeitig auszuführenden Totalexstirpation. Ref. Dr. P. K.

Digitized by Google

Lähmung der Cricoarytänoidei postici in Folge einer Tracheotomie wegen Croup. (Paralysie des cricoaryténoidiens postérieurs après une trachéotomie pour croup.) Von Dr. G. Masini. (Bollet. delle malattie dell' orecchio, October 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893

Electrisiren und Massage brachten Heilung nach zwei Monaten. Verf. glaubt die Lähmung von einer Inertie in Folge des leichteren Trachealathmens der Athmungsmuskeln des Larynx herleiten zu müssen. Die Adductoren gewinnen das Uebergewicht. Dr. P. K.

Ueber acute und subacute rheumatische Arthritis cricoarytänoidea. (Sur l'arthrite cricoaryténoidienne aigue et subaigue de nature rheumatismale.) Von Dr. C. Compaired. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, Januar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. practicirt in einem Schwefelbad, wo viele Rheumatiker eintreffen; unter diesen hat er zwei Fälle von acutem und einen Fall von subacutem Rheumatismus der Cricoarytänoidalgelenke beobachtet. Schmerzen, 'autochthon sowohl als beim Schlingen und Sprechen, Schwellung der Aryknorpelgegend fehlen nie. Heilung constant. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Transformation gutartiger Neubildungen des Larynx in bösartige. (Contribution à la question de la possibilité de la transformation des tumeurs bénignes du larynx en malignes.) Von Dr. Sokolowsky. (Gazeta Lekarska No. 1—3, 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 15, 1893.)

Bei einem 64jährigen Patienten wurde ein Polyp am hinteren Ende des linken Stimmbandes entfernt. Allgemeinbefinden ungestört. Nach 4 Jahren Recidive und galvanocaustische Zerstörung. Allgemeinbefinden immer gut. Nach 8 Monaten wurde der zuerst entfernte Tumor microscopisch untersucht und nach 5 Monaten noch einmal; die Diagnose lautete jedesmal: Adenocarcinom. Der Verlauf der Krankheit war nur der des Carcinoms. Wäre also in diesem Falle die zuerst entfernte Geschwulst nicht aufbewahrt worden, so hätte man die Transformation eines gutartigen Tumors in einen bösartigen annehmen können, und mit Unrecht. Dr. P. K.

Wirkung der totalen Thyroidectomie beim Affen. (Des effets de l'ablation du corps thyroide chez le singe.) Von Dr. G. Murray.

Die ersten acht Tage traten keine Erscheinungen auf. In der zweiten Woche leichtes Zittern der Hände und Füsse; rothe und weisse Blutkörperchen nahmen an Zahl ab; das Zittern nahm zu. Apathie trat ein nebst clonischen Zuckungen; leichtes Oedem der Augenlider. In der vierten Woche war die Apathie sehr gross, das Thier zeigte die Tendenz, nach rückwärts zu fallen, die Temperatur fiel unter die Norm. Nach einer gewissen Zahl von Einspritzungen von Thyroidealsaft wurde das Thier wieder gesund. Von dem Affen auf den Menschen schliessend, glaubt Verf., dass die Functionen der Schilddrüse besonders darin bestehen, einen Secretionssaft zu produciren, welcher ein Hauptelement des Blutplasma bildet. Dr. P. K.

Digitized by Google

Genaue Prognose der Tracheotomie bei Croup. (Prognostic raisonné de la trachéotomie en cas de croup.) Von Dr. Castelain. (Bulletin médical du Nord No. 13, 1893.)

Wenn man, übereinstimmend mit den Autoren, auf 4—5 Fälle einen Erfolg den Eltern des Kindes verspricht, so ist dieses Versprechen noch nicht als absolut zu nehmen. St. Germain sagt: „Man muss den Eltern präcis und fest, aber nicht mit Anstössigkeit die absolut hoffnungslose Lage des Kindes auseinandersetzen, wenn nicht operirt wird; man muss den Eltern die Statistik vorlegen, auf fünf Fälle einen Erfolg versprechen; dann widersetzen die Eltern sich der Operation gewöhnlich nicht". Der sogenannte Genius epidemicus, wenn er auch nicht mehr wörtlich zu nehmen ist, hat doch einen grossen Einfluss auf die Prognose; wenn z. B. bei Masern die Prognose gewöhnlich als ganz günstig zu stellen ist, so sehen wir bei einigen Epidemien, unter dem unbekannten Einfluss des sogen. Genius epidemicus, alle damit befallenen Kinder sterben; eben dasselbe ist bei Diphtheritis der Fall, obschon die Krankheit an sich ernster Natur ist. Ausser dem Genius epidemicus ist das Alter der Patienten für die Prognose wichtig; den Statistiken gemäss ist das Alter von 6—10 Jahren das günstigste; die Fälle, wo ganz kleine Kinder durch die Tracheotomie gerettet werden, sind als Ausnahme zu betrachten: Scoutheten rettete durch die Tracheotomie sein eigenes 6 Wochen altes Kind! Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.) Von Dr. Boewer und Dr. Paul Koch. (Société des sciences médicales de Luxembourg, séance du 23 Avril 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Ein Arbeiter zerbrach den sein Mittagessen enthaltenden irdenen Topf, trank mit Begier den Rest aus den noch vorhandenen Trümmern und verschluckte einen Scherben, welcher, wie sich später herausstellte, 4, 3 und 1/2 Ctm. in den drei Durchmessern hatte und 5,1 Gramm wog; selber wurde mit einem, dem von Graefe'schen Münzenfänger ähnlichen Instrumente entfernt. Merkwürdig dabei war, dass der Kranke Anfangs nichts spürte und erst am anderen Tage wegen grosser Schlingbeschwerden den Arzt aufsuchte.

Man soll bei Oesophagus-Fremdkörpern nie exspectativ verfahren, sondern gleich die Extractionsversuche machen und wenn diese nicht gelingen, schnell die Oesophagotomia externa ausführen; letztere Operation ist wegen der Antisepsis und der neuen Schnittmethode bei Weitem nicht mehr so gefährlich wie sonst. Dr. P. K.

III. Kritik.

Die Krankheiten der oberen Luftwege. Von Prof. Dr. Moritz Schmidt. (Berlin, Verlag bei Julius Springer. 1894.)

„Aus der Praxis für die Praxis." Mit diesen Geleitsworten entsendet der als einer der ältesten und gediegensten Laryngologen in und ausserhalb Deutschlands bekannte und geschätzte Verfasser sein Werk in die

Digitized by Google

Oeffentlichkeit, und selten wird ein Buch der von seinem Autor gefassten Tendenz in so hohem Maasse entsprechen, als es mit Schmidt's Werk der Fall ist.

Aus dieser Tendenz entspringen die grossen Vorzüge des durchaus originellen Werkes und vielleicht auch einige wenige Mängel, auf die übrigens Schmidt grösstentheils selbst aufmerksam macht. Bezüglich einzelner wäre er übrigens gegen sich selbst in Schutz zu nehmen. So gewinnt man nirgends den Eindruck, als hätte Schmidt die Verdienste und Prioritätsansprüche anderer Autoren zu wenig gewürdigt, etwas, worauf der Verf. in der Vorrede als möglicher Weise unbewusst geschehen aufmerksam macht. Im Gegentheil! Das Buch durchweht ein durchaus wohlthuender Geist der Gerechtigkeit und Anerkennung der Leistungen Anderer.

Ganz besonders eigenartig ist die Art der Eintheilung der einzelnen Krankheiten behufs ihrer Besprechung. Schmidt hält sich nicht an die topographische Eintheilung, sondern er bespricht — nur mit wenigen Ausnahmen — die einzelnen Krankheitsformen zusammen, wie sie sich in sämmtlichen Territorien der oberen Luftwege darbieten. So kommt die Perichondritis des Larynx gleich nach der der Nase zu Erledigung, um nach einer gemeinsamen Besprechung der Oedeme in Nase, Gesicht und Kehlkopf der Erörterung der Erkrankungen in den Nebenhöhlen der Nase Platz zu machen. Der Autor hat damit vor Allem das vermieden, was ihm zu erreichen offenbar am wenigsten am Herzen lag: seinem Werke den Character eines Lehrbuches zu verleihen. Dadurch konnte er sich ganz und gar dem Causerietone ergeben, und es lässt sich nicht leugnen, dass Schmidt's Buch seit Hyrtl, durch welchen diese originelle Schreibweise zuerst so glücklich in die medicinische Literatur eingeführt wurde, zu den erfolgreichsten in dieser Manier gehaltenen Werken gehört. Dadurch wurde es auch möglich, eine Fülle von praktischen Einzelheiten mit aufzunehmen, die dem Studirenden vielleicht als nebensächlich erscheinen würden, aber jedem im praktischen Leben stehenden Arzte eine Menge von Anregung und Befriedigung zu geben im Stande ist.

Die Abschnitte über Therapie im zur Besprechung gelangenden Buche sind eine Fundgrube wichtiger und beachtenswerther Winke, und man gewinnt gerade hier den Eindruck, als hätte der Autor sich bemüht, stets sein Bestes zu geben. Bei der Fülle des Gebotenen wird man selbstverständlich hier und da auf Manches stossen, womit nicht Jedermann einverstanden sein kann. So ist z. B. die Anwendungsweise des Liqu. ferri sesquichlorati als Blutstillungsmittel in der Nasen- und Rachenhöhle (Seite 230, 231 u. 445) etwas, was von vielen Seiten wegen der Gefahren einer zu weit gehenden Thrombosirung perhorrescirt werden dürfte.

Besonders interessant ist die objective, wenn auch vorsichtige Art und Weise, in welcher sich Schmidt über die Tuberkelinjectionen, welche er, wie es scheint, nicht ohne Erfolg verwendet, äussert.

Im Ganzen ist Schmidt's Buch ein Werk, auf welches sowohl der Autor als auch die Verlagsbuchhandlung, welche es nach jeder Richtung hin glänzend ausgestattet hat, stolz sein kann.

G. Kobler-Wien.

Digitized by Google

Notizen.

Versammlung von Otologen und Laryngologen.

Gelegentlich der Ausstellung in Antwerpen werden sich daselbst Otologen und Laryngologen am 17. Juni d. J. versammeln. Der Präsident Dr W. Schleicher lässt hierzu die Einladung mit dem Bemerken ergehen, dass am genannten Tag in 2 Sitzungen wissenschaftliche Vorträge gehalten, interessante Fälle vorgestellt und anatomische Präparate und Instrumente demonstrirt werden sollen.

Anmeldungen von Vorträgen, sowie Theilnahme an einem zu veranstaltenden gemeinsamen Banquet wolle man vor dem 1. Juni bei oben genanntem Herrn in Antwerpen einsenden.

Im städtischen Krankenhause zu Cincinnati wurde eine Abtheilung für Laryngologie und Otologie eingerichtet. Zu dirigirenden Aerzten derselben sind die Doctoren Max Thorner und William Roads gewählt worden.

INHALT.

I. Originalien: Kaufmann: Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch. — v. Stein: Ein Fall von Gangraena faucium primaria. — Herzfeld: Zur Behandlung der Pharyngitis granulosa und lateralis. — Winckler: Zur Aufklärung eines Missverständnisses, welches mein Aufsatz über Stirnhöhlenbehandlung hervorgerufen hat. — II. Referate: a) Otologische: Kossel: Ueber Mittelohreiterungen bei Säuglingen. — Fränkel: Ueber eigenartig verlaufene septicopyaemische Erkrankungen. — Schwabach: Ueber otitische Pyaemie ohne Sinusphlebitis. — Corradi: Ueber die functionelle Wichtigkeit der Schnecke. — Schwendt: Ueber congenitale Missbildungen des Gehörorgans in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln. — Bolt: Drei Fälle von Otitis media acuta mit acuter Caries des Warzenfortsatzes nach Masern. — Hessler: Ueber Otitis bei Influenza. — Zwaardemaker: Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter. — Siebenmann: Die Metallcorrosion. — Gradenigo: Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgem. Poliklinik in Turin. — Bürkner: Bericht über die im Etatsjahre 1889/90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. — Marian: Bericht über die in den J. 1887—1890 behandelten Ohrenkranken. — b) Rhinologische: Chiari: Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen. — Martin: Fremdkörper der Nase. — Garel und Collet: Beitrag zur Lehre der Tumoren der Nasenscheidewand. — Concetti: Ueber chronische primäre Nasendiphtheritis. — Gerber: Syphilis des Nasenrachenraumes. — Strazza: Die Electrolyse gegen die Missbildungen der Nasenscheidewand. — Bleyer: Alumnol bei Nasen- und Halskrankheiten. — c) Pharyngo-laryngologische: Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 1892/93 und 1893/94. — Müller, Cary und Koch: Penetrirende Halswunde bei Selbstmordversuch. — Morris: Klinischer Vortrag über den Werth der Nähte bei Halswunden und chirurgischen Operationen an den obersten Luftwegen. — Livon: Innervation des Gaumensegels. — Desvernine: Ueber den Einfluss des Ziehens an der Zunge auf gewisse nervöse Lähmungen. — Ficano: Instrument zum Hervorziehen der Zunge beim Laryngoscopiren. — Marchand: Behandlung der tuberculösen Drüsengeschwülste. — Chiari: Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome. — Masini: Neue Untersuchungen über die motorischen corticalen Larynxcentren. — Nogaro: Ueber Laryngitis hämorrhagica. — Stabb: Syphilitische Larynxstenose durch Excision eines Stimmbandes geheilt. — Massei: Fall subglottischer Stenose. — Ascento: Die Tubage bei hysterischer Larynxlähmung. — Casadeus: Behandlung des Larynxkrebses. — Moll: Ein Fall von Larynxabscess. — Ramon de la Sota y Lastra: Laryngitis bei Aussatz. — Chiari: Ueber die Eintheilung und die Therapie der Pachydermia laryngis. — Leone: Der Blutegel im Larynx. — Baragas: Ueber extralaryngeale Revulsion. — Egidi: Zwei Fälle von chronischem Croup. — Périer: Ein Fall von totaler Larynxexstirpation ohne Tracheotomie; künstliche Herstellung der Stimme. — Masini: Lähmung der Cricoarytänoidei postici in Folge einer Tracheotomie wegen Croup. — Compaired: Ueber acute und subacute rheumatische Arthritis cricoarytänoidea. — Sokolowsky: Beitrag zur Lehre der Transformation gutartiger Neubildungen des Larynx in bösartige. — Murray: Wirkung der totalen Thyroidectomie beim Affen. — Castelain: Genaue Prognose der Tracheotomie bei Croup. — Boewer und Koch: Fremdkörper im Oesophagus. — III. Kritik: Schmidt, Die Krankheiten der oberen Luftwege. — Notizen.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. **Berlin, Juni 1894.** **No. 6.**

I. Originalien.

Der electrolytische Schaum als Nebenschluss

(nach rhinologischen Untersuchungen).

Von

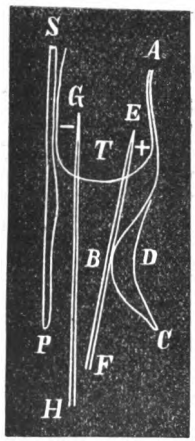
Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

Es ist zur Genüge bekannt, dass die Electrotherapie erst mit der Möglichkeit der Strommessung zu ihrer wissenschaftlichen Reife gelangt ist, und die Electrotherapeuten sind daher auch nicht wenig stolz auf ihre absolut geaichten Galvanometer. Während jedoch der Electrotherapeut im Stande ist, die an diesem Instrument abgelesenen Zahlen rechnerisch zu verwerthen, sind diese Daten bei der Electro- und Katalyse in vielen, in der Praxis gewiss recht oft vorkommenden Fällen nur mit äusserster Umsicht direct zu benutzen, denn man hat es zu oft mit Stromschleifenbildung in Folge von Nebenschliessungen zu thun, deren Existenz von den Autoren zwar zugegeben, deren quantitative Bedeutung jedoch entschieden unterschätzt, deren Entstehungsmodus zur Zeit noch nicht genügend beleuchtet und erkannt wird. Der dem Leser vorliegende Aufsatz hat den Zweck, ein Streiflicht auf diese Erscheinung zu werfen.

Digitized by Google

Für das Studium der electrolytischen Technik bietet der Nasenraum entschieden ein ganz besonders günstiges Feld. Eine Reihe eigenartiger Wirkungen, bedingt durch den Nervenreichthum der Nase und der angrenzenden Gebilde, weist oft, wie kaum auf einem anderen Gebiete, mit ausserordentlicher Genauigkeit auf die geringsten Fehler in der angewandten Technik hin. Bei der Electrolyse in der Nase kann der Kranke bei bereits 2—3 MA. starken Strömen mit Lichterscheinungen, Schmerz-, Schwindel- und Ohnmachtsgefühl auf unrichtige Applicationsweise des Stromes (Nebenschluss, Stromschleife) reagiren. Es wird sich hier in der Folge darum handeln, den Nachweis zu liefern, dass solche aus der Nasenhöhle abgeleitete Stromschleifen uns wichtige Fingerzeige abgeben können zum Studium, also Vervollkommung der electrolytischen Technik.

Ich werde den Leser ersuchen, mich bei meinen folgenden Beobachtungen begleiten zu wollen.



Gegebenen Falles handelte es sich um einen Tumor in der Tiefe der linken Nase, dessen Ausgangspunkt für's Erste nicht zu bestimmen war. Das vordere Ende der unteren Muschel war cavernös geschwellt. Schematisch ist mit ABC der Schwellungszustand der Muschel bezeichnet, mit ADC der Zustand nach Abschwellung derselben in Folge von Cocainbepinselungen zwecks Erweiterung des Sehfeldes. SP bedeutet das Septum.

Es wurden in den Tumor (T) zwei einzelne electrolytische Nadeln, deren Pole mit Plus und Minus bezeichnet sind, eingestochen. Die Anodennadel FE wurde in der Höhe der unteren Muschel eingeführt, die zweite Nadel bedeutend höher. Beide Nadeln waren bis auf ihre Spitzen vollkommen mit Lack überzogen und kamen ausser an ihrer Applicationsstelle nirgends mit einem Gewebstheile der Nase in Contact, indem sie mittels einer Vorrichtung in ihrer Lage sicher fixirt wurden. Ich stieg nun mit der Stromstärke langsam bis auf 28 MA. an. An beiden Polen trat bald die bekannte Gasbläschenbildung auf. Die Kranke hatte keine Klagen und die Sitzung wurde fortgesetzt.

Plötzlich erklärte die Kranke, sie bekomme Schwindel; sofort ging ich mit der Stromstärke zurück. Die Klagen dauerten jedoch fort, und ich war gezwungen, den Strom zu unterbrechen. Ich untersuchte nun das Operationsfeld und fand Folgendes. Das vordere Ende der unteren Muschel, welches sich unter Cocain retrahirt hatte, erschien wiederum stark geschwellt und legte sich an die Anodennadel bei B an. Da mir dieser Umstand jedoch bei guter Isolation der Nadel an sich wenig zu bedeuten schien, so schloss ich den Strom versuchsweise wieder bei unveränderter Lage der Electroden. Kaum war ich jedoch bei 3 MA. angelangt, als die Kranke ein so hochgradiges Ohnmachtsgefühl angab, dass ich schleunigst auf Null zurückgehen musste. Nun wurde das Operationsfeld einer genaueren Untersuchung unterworfen und an der Berührungsstelle B eine Gruppe von Gasblasen wahrgenommen.

Digitized by Google

In Folge dessen verbesserte ich die Lage der Anodennadel, indem ich dieselbe von B abhob, worauf die Sitzung bei 25 MA. ruhig zu Ende geführt werden konnte.

Und nun stehen wir vor der Deutung dieser Erscheinung. Das Einfachste wäre natürlich, eine Verletzung des Lacküberzuges bei B anzunehmen. Dieses war jedoch hier mit Bestimmtheit auszuschliessen. Nach sorgfältiger Prüfung der Sachlage war ich genöthigt, bei folgender Erklärung stehen zu bleiben.

Der Strom, der durch die Anode FE in den Tumor geleitet wurde, musste zu Beginn der Sitzung die Richtung zum negativen Pole nehmen und wurde durch die Nadel GH abgeleitet. Solches vertrug die Kranke, wie gesagt, ganz vorzüglich. Indessen war die Cocainwirkung verstrichen und die Muschel schwoll wieder zur Dimension ABC an, wobei sie mit der Nadel FE in Contact kam. Doch genügte, wie erwähnt, dieser Umstand allein nicht zur Erklärung der beobachteten Erscheinung. Es musste hier also noch Etwas vor sich gegangen sein, und zwar Folgendes. Die vom Anodenschaum entstandenen Blasen hatten sich längs der Nadel (also nach vorn) ausgebreitet, was vielleicht um so leichter zu Stande kam, als die Nadel bereits bei der Einführung durch Schleim feucht geworden sein konnte. In dem Moment, wo die Flüssigkeit bis zur Contactstelle B gelangt war, entstand ein Nebenschluss, d. h. während längs dem Metall der Nadel der Strom in der Richtung FE verlief und in den Tumor drang, theilte sich von hier eine Stromschleife ab und verlief, statt die gerade Richtung von E zu G zu nehmen, nach rückwärts, längs dem nassen Belage der Nadelisolation in der Richtung von E zu B und drang hier in die untere Muschel ein, um im Bogen die Nadel GH zu erreichen. Die Wirkung dieser Stromschleife kennzeichnete sich durch Schwindel- und Ohnmachtsgefühl.

Wie leicht zu ersehen ist, liegt der Schwerpunkt der angegebenen Erklärung in der Voraussetzung, dass hier der Nebenschluss durch Nasswerden der Nadelfläche zu Stande gekommen war. Solches bedarf des Beweises und machte ich zur Klärung dieser Frage folgende Experimente. Ich nahm meine gewöhnliche electrolytische Platinnadel, die bis auf die Spitze mit Lack gut isolirt war, tauchte die Nadel in reines Wasser, zog sie heraus, verband die Nadel schnell mit dem Pole einer starken Batterie und glitt mit dem anderen Pole über die Isolirungsschicht in der Richtung zur Spitze. Es erfolgte kein Ausschlag der Galvanometernadel. Ein solcher war auch nicht zu erwarten, denn einerseits ist Wasser ein sehr schlechter Leiter, andererseits haftet es auch schlecht an dem Lacküberzuge. Wenn wir dem Wasser jedoch Salze oder Säuren beimengen, Speichel, Schleim oder electrolytischen Schaum nehmen, so kann Stromschluss leicht zu Stande kommen. Diese Experimente nebst dem beschriebenen Beobachtungsfalle liefern für die Praxis das folgende wichtige Ergebniss: während einer electro- und katalytischen Sitzung kann sich der Strom unter gewissen Bedingungen längs der Nadel in situ in zwei Richtungen theilen: der Hauptstrom kann längs dem Metall der Nadel verlaufen, die Stromschleife längs der Isolirungsschicht der Nadel, wobei diese unbeabsichtigte Stromschleife klinisch entweder gar nicht manifest wird (und übersehen wird) oder aber Erschei-

Digitized by Google

nungen hervorruft, die unsere vollkommene Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen können.

Doch thun wir in dieser Richtung noch einen Schritt vorwärts und betrachten wir unsere von der Technik bereits seit Jahren sanctionirte Doppelnadel. Von diesem Instrument weis Gräupner*) Folgendes zu berichten: „wo man bipolar zerstören will, kommen auch die Doppelnadeln oder meine (Gräupner's) Doppelelectrode in Betracht, bei deren Verwendung Stromschleifenbildung fast gänzlich ausgeschlossen ist." Untersuchen wir eine beliebige Doppelnadel sofort nach einer electrolytischen Sitzung von nicht zu kurzer Dauer und mässiger Stromstärke, so sehen wir die Isolationsschicht an der Stelle, wo das blanke Metall unter dem Lacküberzuge unserem Auge entschwindet, stets mit anhaftenden Schaummassen bedeckt. Wenn wir nun darauf die nasse Doppelnadel mit der Batterie verbinden, so entsteht Stromschluss. Es ist Nichts leichter, als sich von der Richtigkeit dieser Beobachtung zu überzeugen. Was nun nach der Sitzung noch zu Stande kommt, muss im Verlaufe derselben unausbleiblich Geltung haben, denn, wenn schon die geringen, der Nadel noch anhaftenden Schaummassen zur Nebenschliessung genügen, so ist die Annahme einer solchen im Verlaufe der Sitzung, wo beide Nadeln oft in dem confluirten Schaume verschwinden, noch weniger von der Hand zu weisen.

Wenn es uns gelungen ist, die Electroden regelrecht einzustellen, d. h. bei Beginn der Sitzung, und jeder Nebenschliessung aus dem Wege zu gehen, so können wir annehmen, dass das ganze Electricitätsquantum, welches wir am Galvanometer durch eine Zahl ausgedrückt finden, das zu zerstörende Gewebe trifft. Sobald jedoch auf diese oder jene Weise Nebenschluss zu Stande kommt, betritt der Strom auch neue Bahnen; es wird in der gewünschten Richtung schon nicht mehr das frühere Electricitätsquantum strömen, es wird sich solches vielmehr im umgekehrten Verhältniss zum Widerstande beider Bahnen theilen. Bei jedem Nebenschlusse geht also ein gewisser Theil der Electricitätsmenge verloren, will sagen, die Electricitätsmenge, die nun durch das bewusste Gewebe strömt, entspricht nicht dem Ausschlage der Galvanometernadel.

Hat aber Solches eine practische Bedeutung? Ist der Verlust an Electricität in der That so gross, dass die Dosirung des Stromes dadurch practisch in Frage gestellt werden könnte? Sollte diese Erscheinung den Arzt etwa ebenso interessiren, wie den Physiker? Diese Fragen wären als beantwortet zu betrachten, wenn wir eine Andeutung dafür hätten, wie viel im gegebenen Falle von der am Galvanometer abgelesenen Milliampèrezahl wirklich durch das Gewebe und wie viel durch den Schaum streicht. An der Hand einiger Beobachtungsfälle will ich hier der Lösung dieser Frage näher treten.

Die Basis zu den folgenden Berechnungen bildet die bekannte Schlussfolgerung aus der Ohm'schen Formel, nämlich, dass der Widerstand (W) einer Anzahl nebengeschalteter Leiter sich aus den Widerständen der Theile (W_1, W_2 u. s. w.) wie folgt berechnen lässt:

---

*) Gräupner, Electrolyse und Katalyse, Breslau 1891, S. 102.

Digitized by Google

$$W = \frac{W_1 W_2 \ldots\ldots}{W_1 + W_2 + \ldots\ldots}$$

Zur Strommessung wurde bei den folgenden Experimenten am Kranken eine Sinus-Boussole mit einem Widerstande von 0,13 Ohm benutzt. Angesichts des grossen Widerstandes des Gewebes können wir diese 0,13 Ohm, wie den Widerstand der Batterie selbst ignoriren. Zu Ende einer electrolytischen Sitzung mit einer Doppelnadel wurde in einem Falle die Stromstärke 22 MA. abgelesen. Dann wurde die Doppelnadel aus der Nase entfernt und durch Vermittelung der an derselben haftenden Schaummassen der Strom geschlossen, wobei 3 MA. notirt wurden. Die dabei benutzte Batteriespannung betrug in beiden Fällen 11,1 Volt. Bezeichnen wir nun mit W_1 den Widerstand des Gewebes, mit W_2 — den Widerstand des an der Nadel (im gegebenen Falle) haftenden Schaumes und recapituliren wir nochmals kurz den Befund.

Bei getheilter Strombahn durch Gewebe und Schaum hatte ich im letzten Moment der Sitzung 22 MA. nachgewiesen; bei der Circulation des Stromes durch den Schaum an der entfernten Doppelnadel allein, sofort nach der Sitzung — 3 MA. Mit Hilfe dieser Daten kann ich nun die beiden folgenden Gleichungen niederschreiben:

$$0{,}022 = \frac{11{,}1}{\frac{W_1 W_2}{W_1 + W_2}} \text{ und } 0{,}003 = \frac{11{,}1}{W_2}$$

aus welchen sich $W_2 = 3700$ Ohm und $W_1 = 584{,}1$ Ohm berechnen lassen.

Da — wie bereits oben hingewiesen — die Electricitätsmenge sich im umgekehrten Verhältniss zum Widerstande beider Bahnen theilt, so erhalten wir das folgende Verhältniss:

$$J_1 : J_2 = 3700 : 584{,}1 = 6{,}33 : 1.$$

Mit anderen Worten: es strich im gegebenen Falle durch das Gewebe ein 6,33 Mal grösseres Electricitätsquantum, als durch den Schaum, und die beobachteten 22 MA. müssen in 19 MA. für das Gewebe und 3 MA. für den Schaum zerlegt werden.

Hiermit ging also im angeführten Beobachtungsfalle mindestens der siebente Theil des angewandten Electricitätsquantums unproductiv verloren. Doch entspricht in Wirklichkeit diese Berechnung durchaus nicht dem Gesammtverluste, und es ist ja klar, worin der Rechenfehler liegt. Es ist hier eben nur der Widerstand der an der Doppelnadel nach der Extraction haftenden Schaummassen berücksichtigt worden. Die confluirte Gesammtmasse des Schaumes, die die Electroden in situ umgab, musste natürlich bei grösserem Durchmesser dem Strome einen viel geringeren Widerstand entgegensetzen. Das durch die angeführte Berechnung gewonnene Zahlenverhältniss weist uns für diesen Fall nur das denkbare Minimum des Verlustes auf.

Um bei den Berechnungen den Widerstand des Schaumes, diesen in seiner Grösse variablen Factor, bei Seite zu lassen, basirte ich mich bei

Digitized by Google

meinen späteren Beobachtungen auf die Bestimmung des Widerstandes des Gewebes, indem ich den Schaum abspritzte.

Es wurde, ebenso wie früher, erst die Milliampèrezahl bestimmt, die das Gewebe und den Schaum zusammen passirte. Dann entfernte ich durch Abspritzen mit reinem Wasser den Schaum von der Doppelnadel in situ. Die Stromstärke musste natürlich fallen, weil durch Entfernung eines Theils der Leitung (des Schaumes) der Widerstand gesteigert wurde. Auf diese Weise konnte ich an der Sinus-Boussole die Strommenge, die ausschliesslich durch das Gewebe strich, einfach ablesen. Bei einer nach diesem Princip ausgeführten Beobachtung erhielt ich folgende Gleichungen:

$$\text{Für Gewebe und Schaum: } 0{,}0193 = \frac{12{,}9}{\frac{W_1\ W_2}{W_1 + W_2}};$$

$$\text{für's Gewebe allein } 0{,}015 = \frac{12{,}9}{W_1}$$

Als Endresultat lieferte mir die Berechnung

$$W_2 : W_1 = 3000 : 860 = 3{,}5 : 1$$
$$\text{und } J_1 : J_2 = 3{,}5 : 1 = 15 \text{ MA.} : 4{,}3 \text{ MA.}$$

Mit anderen Worten: es strich hier durch die im Laufe der Sitzung angesammelten Schaummassen 22,3 pCt. der am Messapparat beobachteten, also gesammten, Milliampèrezahl. In diesem Beobachtungsfalle gingen hiermit von 19,3 MA. 4,3 MA. unproductiv verloren; um diese Zahl hätte ich mich auch geirrt bei unserem üblichen Beobachtungsmodus, wenn ich nicht zur Entfernung des Schaumes gegriffen hätte.

Diese Zahlen entnehme ich als Beispiel einer grösseren Beobachtungsreihe zum Beweise, dass wir im Laufe einer electrolytischen oder katalytischen Sitzung, besonders wenn in einem Hohlraume operirt wird, oft ganz ausser Stande sind, selbst mit den genauesten Messapparaten direct die Stromstärke anzugeben, die das betreffende Gewebe passirt.

Werden zu dergleichen Messungen medicinische Galvanometer benutzt, die meistens einen bedeutenden Widerstand (100—1000 Ohm) aufweisen, so lässt sich dieser nicht ignoriren, und wird die Stromstärke durch die Gleichung

$$J = \frac{E}{R + \frac{W_1\ W_2}{W_1 + W_2}},$$

wo R = dem Widerstande des Galvanometors, E = Spannung der Batterie, ausgedrückt werden müssen.

Denken wir uns an Stelle des electrolytischen Schaumes einen Schleimklumpen, so bleibt die Sachlage dieselbe, mit dem Unterschiede, dass der Schleim, als grössere Masse bei gleichem Volumen, dem Strome wohl einen geringeren Widerstand entgegensetzen wird, und der Verlust an Electricitätsmenge um so bedeutender ausfallen kann.

Digitized by Google

Was die Form anbelangt, in welcher Stromschleifen klinisch möglich und manifest werden, so ist dieselbe selbstverständlich ausserordentlich verschieden. Die anatomischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten des Operationsfeldes, die Construction der Electroden, die Vollkommenheit unserer Technik — alles Dieses wird den Verlauf und die Folgen einer Sitzung beeinflussen.

Wenn der Hinweis auf die Bedeutung der Nebenerscheinungen uns einerseits neue technische Schwierigkeiten aufdeckt, so haben wir andererseits aus dieser Erfahrung wieder manchen Fingerzeig, wie dieselben zu überwinden, gewonnen. Eine neue Technik lässt sich nicht aus der Erde stampfen, aber die alte lässt sich läutern und mancher Stein lässt sich aus dem Wege räumen.

Zunächst glaube ich, dem Confluiren des Schaumes möglichst aus dem Wege gehen zu müssen. Das könnte geschehen: 1) wenn man überhaupt die Anwendung der Doppelnadel möglichst einschränkt und dieselbe durch zwei einzelne, möglichst weit auseinander stehende Nadeln ersetzt, sobald natürlich die Raumverhältnisse und die übrigen Bedingungen solches gestatten; 2) durch Wegschaffen des Schaumes an der Doppelnadel. Dieses könnte durch Abtupfen mittelst Watte oder Abspritzen ausgeführt werden. Doch muss Beides nicht brüsk geschehen, weil plötzlicher Ausfall des Nebenschlusses eine rapide Schwankung in der Stromstärke zur Folge hat, die der Kranke als Schmerz empfinden kann.

Lässt man den Schaum stehen, d. h. verzichtet man im Einzelfalle auf präcise Strommessung, so ist es nicht anzurathen, die Sitzung zwecks Steigerung des Effectes übermässig in die Länge zu ziehen. Physicalisch ist es ja ganz richtig, dass, wenn eine bestimmte Stromstärke während der Zeitdauer T eine bestimmte Quantität A einer Substanz zersetzt, dieselbe Stromstärke bei doppelter Zeitdauer (2 T) 2 A zersetzen wird. Im Verlaufe einer electrolytischen Sitzung ist jedoch dieses Gesetz ohne Weiteres nicht zu verwerthen. Je länger nämlich die Stromdauer, um so mehr Schaum; je mehr Schaum, um so geringer wird der Widerstand im Nebenschluss, und die Folge davon ist, dass von Minute zu Minute eine geringere Milliampèrezahl das Gewebe nützlich passirt. Der Effect, der vielleicht seitens des Kranken durch Schmerz etc. schwer erkauft wird, würde demnach der Dauer der Sitzung nicht entsprechen.

Trotz dieses nachgewiesenen Uebelstandes wird die Doppelnadel in vielen Fällen doch nicht zu missen sein, namentlich wo es sich um reinste Electrolyse handeln wird, zumal in engen Räumen. Es ist auch nicht von Nöthen, die Doppelnadel abzuschaffen. Wir müssen uns nur klar machen, in welcher Richtung der Uebelstand zu suchen ist, uns namentlich nicht an die abgelesene Milliampèrezahl klammern, sondern immer im Auge behalten, dass bei Nebenschluss das Galvanometer einen Strom anzeigt, der dem das zu zerstörende Gewebe durchfliessenden nicht entspricht.

Den Nadeln schliessen sich diverse Sonden, Zangen und Pincetten an. Die letzteren, von Voltolini angegeben, sind durch ihre Dimensionen besonders geeignet, Nebenschluss zu vermitteln. Andererseits erscheinen mir diese Instrumente dazu geeignet, andere technische Schwierigkeiten zu überwinden, aus welchem Grunde ich dieser Volto-

Digitized by Google

lini'schen Idee für die Zukunft ein günstiges Prognosticon nicht versagen kann.

Bei Sondenapplication bildet meiner Anschauung nach ein anlagernder Schleim- oder Schaumklumpen eine Vergrösserung der Electrodenfläche, wodurch die Stromdichte mächtig beeinflusst werden kann (Gynäcologie).

Durch die richtige Erkenntniss einer Nebenschlussbildung vermittelst Schleim und Schaum lassen sich manche Erscheinungen aus der Praxis, die sonst ganz unverständlich erscheinen, erklären. Welchem Arzte, der die Höhlenelectro- und Katalyse Tag für Tag ausübt, werden wohl die Fälle entgangen sein, wo das erzielte Resultat auch nicht im Entferntesten weder der angewandten Stromstärke noch der Stromdauer entsprachen? Dieses ist sogar eine alltägliche Erscheinung. Solches lässt sich nur durch das Auftreten eines Nebenschlusses, durch den unproductiven Verlust eines oft immensen Electricitätsquantums erklären. Dass in jedem einzelnen dieser Fälle, namentlich wenn wir in engen Räumen operiren, es oft ausserordentlich schwer, ja unmöglich wird, die Entstehungsart dieses Nebenschlusses nachzuweisen, ist nicht zu läugnen. Des Weiteren trifft man in der Literatur oft Angaben, wo ein Autor seine Verwunderung darüber ausspricht, dass er unter angeblich gleichen Bedingungen bei Weitem nicht dieselbe hohe Stromstärke erreichen konnte, als dieser oder jener seiner Vorgänger. Auch hier kommt Nebenschluss in Frage. Einerseits konnte ein Autor abnorm hohe Stromstärken zur Anwendung bringen, weil diese hohe Electricitätsmenge wohl sein Galvanometer, nicht aber — wegen Nebenschlusses — das Gewebe durchströmte; andererseits konnte ein anderer Beobachter nur mit auffallend schwachen Strömen arbeiten, weil seine Technik in einer anderen Richtung mangelhaft war: Stromschleifen wirkten auf Organe oder Gewebe ein, die bei vollendeter Technik ganz bei Seite gelassen werden mussten, hier aber in den Wirkungskreis des Stromes gelangt waren und jede Steigerung der Stromstärke unmöglich machten. Mein zuerst angeführter Beobachtungsfall liefert dazu ein Beispiel.

Einem schweren, wenn auch erklärlichen Missgeschick ist die Electrolyse sowohl wie die Katalyse als Behandlungsmethoden in den vier Decennien verfallen. Wiederholt von kundigen Forschern auf die Höhe der Tagesfrage gebracht, wurden diese Methoden ebenso oft todtgeschwiegen. Todtgeschwiegen — aber nicht zu Grabe getragen! Wäre das nicht schon ein Beweis für einen guten Kern der Sache? Und wie kam es, dass man diesem gesunden Kerne immer wieder jede Bedeutung für die Praxis absprach? Meiner Ansicht nach daher, weil man die Methode seit vier Decennien nach den Resultaten der zur Zeit höchst mangelhaften Technik beurtheilte.

In Gräupner's trefflichem, bereits citirtem Handbuche finden wir im Vorworte, versteckt angebracht, eine Forderung, die die elementaren Kenntnisse in der Electricitätslehre, Electrotherapie, ja selbst die Electrotechnik als Vorbedingung für die Anwendung der Electro- und Katalyse hinstellt. Dieser Satz, der eigentlich im Texte an der Spitze eines Hauptartikels mit fetten Lettern prangen sollte, steht eigentlich in directem Widerspruch zu dem, was wir bei demselben Autor auf Seite 102 zu lesen bekommen. Hier steht es schwarz auf weiss: „Die Technik bei

Digitized by Google

Vornahme electrolytischer Operationen ist überaus einfach.“ Es kommt mir vor, als hätte Gräupner diesen letzten Satz, so zu sagen, unter dem Drucke der landläufigen Ansicht über die leichte Ausführbarkeit der Technik niedergeschrieben. Dieser Ansicht liegt der verhängnissvolle Fehler zu Grunde, dass man unter Technik nur die Application der Electroden verstanden haben will. Letztere ist allerdings einfach, denn dieselbe setzt blos ein jedem Specialisten zugängliches mittleres Mass von Handfertigkeit voraus (Gynäcologie, Rhinologie etc.). Der Begriff der electrolytischen Technik hingegen wird keineswegs durch die Handfertigkeit gedeckt. Ja, man kann noch weiter gehen und sagen, dass nicht die Electro- und Katalyse an sich Handfertigkeit erfordern, sondern blos der Raum, in dem diese Methoden ausgeübt werden. Unter electrolytischer Technik ist hauptsächlich die Anwendungs- und Durchführungsweise der im Gräupner'schen Vorwort aufgezählten Kenntnisse zu verstehen. Die Wahl der Stromesart, der Electroden, der Applicationsstelle derselben, die An- und Abschwellung der Stromstärke, die Höhe derselben, die Dauer der Sitzung und noch vieles Andere — bildet die Technik. Und es ist daher ein verhängnissvoller Fehler, namentlich einem Anfänger gegenüber, die Technik als einfach hinzustellen; man kann im Gegentheil nicht oft genug auf die Schwierigkeiten derselben hinweisen. Leider lassen sich manche Autoren von den technischen Schwierigkeiten bei der Höhlenelectrolyse gar Nichts träumen, und es wird oft mit einer Sicherheit operirt und geschrieben, als wenn Alles primitiv einfach wäre, und wenn später Etwas nicht klappt — nun, so ist das ja eben das „Mystische“ an der Methode.

Weil dem nicht so ist, weil die Technik der Electro- und Katalyse oft überaus schwierig, dabei in fortschreitender Entwickelung begriffen ist, vertrete ich die Ansicht, dass wir zur Zeit noch gar nicht berechtigt sind, die Methode selbst abzuurtheilen. Die Autoren, die da meinen, den Stab über die Methode — namentlich die Höhlenelectrolyse betreffend — gebrochen zu haben, sind gewaltig im Irrthume. Sie haben damit nur die von ihnen individuell geübte Technik unbewusst verurtheilt, und wenn es viel war, d. h. wenn der Autor ein gediegener Beobachter gewesen, so hat er höchstens die Technik eines Zeitabschnittes kritisch beleuchtet. Von hier bis zur Kritik der Methode, bis zur vollendeten Technik, liegt noch ein gut Stück schwerer Arbeit.

Meine persönliche Anschauung läuft darauf hinaus, dass die Methode an uns oft Forderungen stellt, gegenüber denen wir heutzutage technisch noch gar nicht gewachsen sind. Wer sich die Mühe giebt, die angewandte Technik von Fall zu Fall, von Sitzung zu Sitzung kritisch zu prüfen, wird wohl bald zu derselben Ueberzeugung gelangen. Gewisse positive Resultate bei der Electro- und Katalyse sind noch lange nicht beweisend für die Vollkommenheit unserer Technik, und man muss allezeit im Auge behalten, dass eine selbst im höchsten Grade unvollkommene Technik unter gewissen Bedingungen klinisch noch relativ günstige Ergebnisse liefern kann.

Ja, was ist denn aber überhaupt unter vollkommener Technik zu verstehen? Was strebt sie an?

Eine vollendete Technik liefert bei der Electrolyse eine in ihrem Umfange annähernd beabsichtigte Zerstörung mittelst des denkbar

Digitized by Google

geringsten Electricitäts-Quantums unter Berücksichtigung der electro-therapeutischen Grundsätze. Dieses „denkbar geringste Electricitäts-Quantum" schliesst nämlich jede Möglichkeit des Nebenschlusses aus, denn Nebenschluss kann nur durch Verschwendung des Stromes gedeckt werden. Es handelt sich dabei natürlich nicht um die paar Decigramm Zink, die dabei unnützer Weise verbrannt werden, sondern darum, dass der Nebenschluss jede Strommessung illusorisch machen kann und, wenn die Bahn des Nebenschlusses durch gesundes Gewebe führt, solches der Stromwirkung unnützer Weise ausgesetzt wird, was ja entschieden vermieden werden muss.

Beitrag zur Casuistik der nasopharyngealen Tumoren.

Von

Dr. **Johann Sendziak** in Warschau.

W., 53 Jahre alt, Arbeiter, kam in meine Poliklinik am 6. Decbr. 1893 und klagte über Schnupfen und Obstruction der Nase, welche schon ein paar Jahre dauerte. In der letzten Zeit konnte der Kranke gar nicht durch die Nase athmen, schlief unruhig und hatte manchmal heftige Anfälle von Dyspnoe. — Er klagt auch über Geräusch im linken Ohre, welches schon einige Monate anhielt. Vor einem Jahre hatte er rechtsseitige Otorrhoe, welche nach Exstirpation mehrerer Nasenpolypen aufhörte. Sonst gesund, keine Missbräuche, weder in Venere noch in Baccho. Bei der Untersuchung fand ich Folgendes: Der Kranke gut gebaut — ziemlich schwach genährt — athmet mit offenem Munde, da die Nase vollständig verstopft ist. In den innerlichen Organen nichts Anormales. Im linken Ohre Einziehung des Trommelfells.

Bei „Rhinoscopia anterior" fand ich beide Hälften der Nase (besonders die linke) durch mehrere gewöhnlich aussehende (myxomatöse) Polypen ausgefüllt. — Bei der Untersuchung der Mundhöhle bemerkte ich, dass das „Palatum molle" ungewöhnlich stark nach vorne gewölbt und der Eingang zum Nasenrachenraum ausserordentlich weiträumig ist. Nach Herausziehen des weichen Gaumens bemerkte ich hinten, hauptsächlich aber an der linken Seite einen Theil eines colossalen Tumors, welcher den ganzen Nasopharynx ausfüllte. Der Auswuchs sah ziemlich blass und weich aus, von ungleicher Oberfläche, wenig blutend bei Berührung mit der Sonde und Finger. — Der Ansatz des Tumors konnte nicht ganz sicher mit Hilfe des Fingers bestimmt werden wegen seiner ungewöhnlichen Grösse; er schien jedoch nicht von der Phornix des Pharynx seinen Ursprung zu haben, wie es am meisten bei solchen Tumoren der Fall ist.

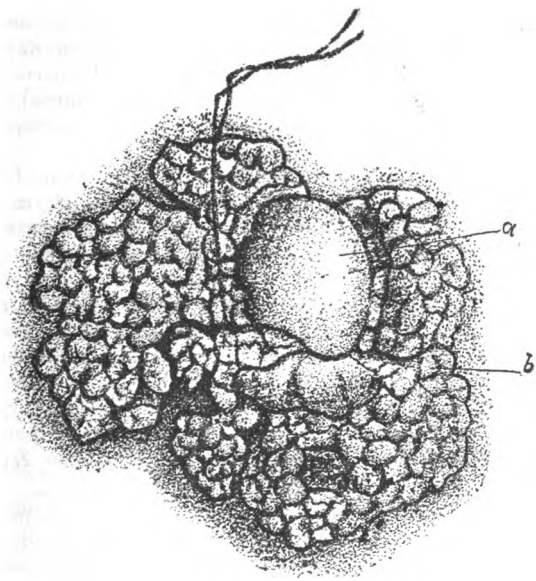
Nach sorgfältiger Reinigung der Nasenhöhlen und des Nasopharynx mit 1procentigem Creolin (wobei die Flüssigkeit gar nicht durch die Choanen drang), schritt ich ohne vorherige Cocainisirung, welche ich für ganz zwecklos hielt, zur Extraction des Tumors. Zu diesem Zwecke

Digitized by Google

wählte ich den Weg durch die Mundhöhle, weil die beiden Nasenhöhlen ganz undurchgängig waren, um den Tumor zu exstirpiren (nach der Methode, welche ich schon mehrere Mal in ähnlichen Fällen mit Erfolg angewandt habe).

Mit der Hartmann'schen speciellen Schlinge für den Nasopharynx drang ich bis zur Basis des Tumors, indem ich mit dem Zeigefinger der linken Hand bei der Einführung des horizontal nach vorne gebogenen Drahtes so hoch wie möglich nachhalf. Auf diese Weise konnte ich den ganzen Tumor ohne grosse Schwierigkeit entfernen. Der Schmerz war dabei unbedeutend — Blutung zu meiner Verwunderung ziemlich gering (nur wegen Mangels der galvanocaustischen Schlinge wandte ich die kalte an, obgleich ich ziemlich starke Blutung bei der Operation fürchtete; für jeden Fall hatte ich mich der Hilfe des Chirurgen versichert). Der extrahirte Tumor, von unregelmässiger Form und colossaler Grösse (mehr als 6 Ctm. im Längendurchschnitt, 5 Ctm. im Querschnitt und $2^1/_2$ Ctm. dick), war ziemlich blass, weich, von unebener Oberfläche, aus grösseren und kleineren Läppchen zusammengesetzt, so dass er das Aussehen eines Stück Gehirnes hatte. In der Mitte des Tumors und etwas nach oben sah man zwei Knötchen (der eine wie eine Haselnuss, der andere, ovale, etwas kleiner), welche sich durch ihr Aussehen von dem Rest des Tumors unterschieden. Sie sahen nämlich wie gewöhnliche Schleimpolypen aus.

Am besten illustrirt übrigens das oben Gesagte die möglichst naturgetreue Zeichnung (Fig. 1), welche den ganzen Tumor (der kleine Theil



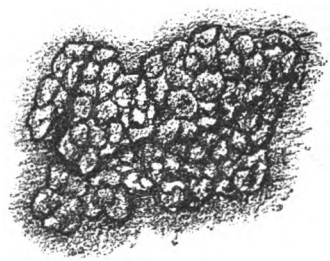
Figur 1.

Digitized by Google

des Tumors — Fig. 2 — 3½ Ctm. lang, 2 Ctm. breit, fiel später bei der Irrigation der Nasenhöhlen ab) zusammen mit dem abgeschnittenen Drahte, der zur Operation gedient hatte, darstellt.

Die Wirkung der Operation war ausgezeichnet: der Kranke fühlte sich wie „neugeboren" (seine Worte) und konnte zum ersten Mal seit zwei Jahren ganz frei durch die Nase athmen.

Bei der Einspritzung in die Nase drang die Flüssigkeit jetzt ohne Hinderniss durch beide Hälften (besonders durch die rechte). Der Kranke warf dabei noch einen Theil des Tumors aus, wahrscheinlich ein separates Läppchen, welches gleichzeitig von der Schlinge durchschnitten worden war. Sein Aussehen war identisch mit der Masse des ersten Tumors. Die Blutung war, wie ich schon bemerkt habe, unbedeutend.



Figur 2.

Bei Rhinoscopia posterior, welche jetzt sehr leicht ausführbar war, konnte man sich sehr leicht überzeugen, dass die Basis des Nasopharynx absolut frei war und dass der breite Ansatz des Tumors sich am Ende der linken unteren Muschel und seiner Umgebung (Vomer) befand. Beide Tumoren wurden in Alcohol aufbewahrt (zu microscopischen Untersuchungen [1]).

Der Kranke fühlte sich nach der Operation sehr wohl, kam am nächsten Tage wieder in meine Poliklinik, wobei ich mehrere Nasenpolypen mit kalter Schlinge exstirpirte. Die Blutung war sehr gering, der Schmerz jedoch viel heftiger, als bei Exstirpation des ersten grossen Tumors des Nasopharynx. Diese Polypen wurden auch von mir microscopisch untersucht. Der Kranke war gezwungen, Warschau zu verlassen, er versprach aber, sich so bald wie möglich wieder vorzustellen. Die gründliche Ausbrennung der Reste des Tumors wurde deshalb nicht ausgeführt.

Bei meinen Untersuchungen zeigten die Tumoren Folgendes:

1) Der Tumor des Nasopharynx zeigte in der allgemeinen Masse das typische Bild der Papillome mit einer geringen Zahl von Blutgefässen.

2) Zwei centrale Knötchen (*a* und *b*) zeigten sich als weiche Fibrome. Endlich dasselbe Bild (i. e. Fibroma molle) zeigten

[1]) Sie wurden in der Sitzung der Medicinischen Gesellschaft in Warschau demonstrirt.

Digitized by Google

3) Nasenpolypen (Stroma myxomatös, sparsame Blutgefässe, keine Drüsen).

Diese Untersuchungen wurden gütigst durch die bekannten hiesigen Professoren Brodowski und Przewoski bestätigt.

Der obige Fall verdient aus verschiedenen Gründen Beachtung:

1) Was vor Allem die Grösse des Tumors anbetrifft, so übersteigt derselbe um Vieles die gewöhnlich vorkommenden Tumoren des Nasopharynx, obgleich die letzteren im Allgemeinen zu den bedeutenden gehören (einer von solchen Tumoren des Nasopharynx — 5 Ctm. lang, 3 Ctm. breit, $1^1/_2$ Ctm. am Ansatz — ist beschrieben in meiner Arbeit über Galvanocaustik [2]).

2) Um vieles wichtiger ist der Character unseres Tumors. Wie bekannt, sind die Tumoren des Nasenrachenraums in benigne und maligne eingetheilt. Von den ersteren sind die häufigsten Fibrome (Fibromata dura), dagegen die Papillome im Allgemeinen und speciell von solcher Grösse, wie in unserem Falle, gehören zu den allergrössten Seltenheiten. Bensch z. B., Verfasser der ausgezeichneten Monographie über nasopharyngeale Tumoren [3]), erwähnt unter 120 solcher Tumoren keinen einzigen Fall von Papillom. In der That trifft man relativ oft papillomatöse Veränderungen der Muscheln, hauptsächlich der unteren (nämlich deren vorderen und hinteren Enden). Ich selbst hatte nicht selten Gelegenheit, solche Fälle zu beobachten und zu operiren (mittels der galvanocaustischen Schlinge). — Bei Schech [4]), sowie auch bei Grünwald [5]) finden wir auch Zeichnungen solcher papillomatösen Veränderungen der hinteren Enden der unteren Muschel. Aber ich kann mich nicht entsinnen, irgendwo in der Literatur von wirklichen, so colossalen Papillomen wie in unserem Falle gelesen zu haben.

Jurasz allein in seinem Handbuche [6]) auf Seite 211 beschreibt und illustrirt zu gleicher Zeit einen sehr interessanten und unserem ziemlich ähnlichen Fall. Er betraf einen 13jährigen Knaben, bei welchem der Verfasser den Tumor des Nasenrachenraumes exstirpirte (es ist Schade, dass nicht bemerkt wurde, wo sein Ursprung war). Der Tumor bestand aus 3 Theilen, einem oberen fibrösen und zwei von ihm ausgehenden anderen, welche das Aussehen von Himbeeren hatten. Diese letzteren zeigten sich unter dem Microscope als typische Papillome. Die Grösse dieses Tumors war jedoch nicht so bedeutend, wie in unserem Falle (der eine Theil war 3 Ctm. lang, $1^1/_4$ Ctm. breit, der andere $1^1/_4$ Ctm. lang und 2 Ctm. breit). In der Nase befanden sich ebenfalls gewöhnliche Polypen. Es verdient Beachtung, dass nach Entfernung des Tumors (mittels der galvanocaustischen Schlinge) das Asthma verschwand.

3) Endlich ein paar Worte über die Behandlungsmethode, welche ich in meinem Falle anwandte. Gewöhnlich exstirpire ich die Tumoren des Nasopharynx mit Hilfe der galvanocaustischen Schlinge, und betrachte

---

[2]) „Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach garata, krtani, nosa i uszu." Kronika Lekarska 1892.

[3]) Vide Voltolini's „Die Krankheiten der Nase etc." 1888.

[4]) „Die Krankheiten der Mundhöhle etc." 1890.

[5]) Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 1894.

[6]) Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1892.

Digitized by Google

ich diese Methode als die passendste[7]). Ich habe schon oben erwähnt, warum ich diesmal von diesem Grundsatze abwich. Ich betrachte auch die Methode der Operation solcher Tumoren durch die Mundhöhle als die entsprechendste, welche ich schon mehrere Male mit Erfolg angewandt hatte (u. a. wurde das obengenannte Fibrom des Nasopharynx mit dieser Methode i. e. mit horizontaler, nach vorne gebogener Schlinge von mir operirt).

Welche Prognose kann man in diesem Falle aufstellen? Es scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen, dass in diesem Falle wegen der Unterlassung (was jedoch nicht von mir abhing) der radicalen Verbrennung der Reste des Tumors die Recidive, und wahrscheinlich sogar in kurzer Zeit, eintreten wird. Die Frage ist nur, wird der recidivirende Tumor (bei microscopischer Untersuchung) ebenfalls benignen Characters sein oder, was in Anbetracht des hohen Alters des Kranken wahrscheinlicher ist, schon etwas Malignes an sich haben?

Ueber Metallspiegel.

Von

C. Ziem.

Dass ich thatsächlich der Ansicht sei, man müsse auf den Standpunkt der vorrhinoskopischen Zeit zurückkehren und die Spiegel-Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraums gänzlich aufgeben, das ist wohl nur von ganz vereinzelten Autoren angenommen worden: in Wahrheit habe ich nur gegen die Uebertreibungen derjenigen Specialisten mich ausgesprochen, welche die Spiegeluntersuchung für jedweden Fall als unerlässlich ausgeben und die so viel einfachere und in der grossen Ueberzahl der Fälle vollständig ausreichende Palpation fast grundsätzlich und so gut wie gänzlich vernachlässigen: aber niemals habe ich in Abrede gestellt, dass in einem so und so grossen Bruchtheile der Fälle, wie vornehmlich auch zur Constatirung von Geschwürsprocessen im Nasenrachenraum die Spiegeluntersuchung nach wie vor unersetzlich ist. Zur Ausbildung der Palpation bin ich meinerseits besonders auch durch die Erkenntniss hingeführt worden, dass die Desinfection der gewöhnlich benutzten Glasspiegel eine durchaus unzuverlässige und ungenügende ist. Seine Hände kann man natürlich gründlich desinficiren, auch ohne sie ausgekocht zu haben, so durch tüchtiges Bürsten und Abseifen in warmem Wasser und Frottiren mit dem Lufah der Egypter oder auch in anderer Weise; die Glasspiegel kann man so aber nicht behandeln, ohne sie dem Verderben auszusetzen, und wenn nach neuestens von Prof. Miller in Berlin angestellten Versuchen[1]) es sogar nothwendig ist, gebrauchte Glasspiegel nach gründlichem Abseifen und Abbürsten noch 5—10 Minuten in concentrirte Carbollösung einzulegen, so ist leider nicht

[7]) L. c. (vide meine Arbeit).

[1]) Vergl. „Die Microorganismen der Mundhöhle". 2. Aufl. 1892. S. 269.

Digitized by Google

hinzugefügt worden, wie lange die Spiegel eine solche Behandlung aushalten. Es haben denn neuerdings auch schon verschiedene Autoren: Flatau, Avellis, Killian, Zarniko u. A., Vorrichtungen und Verfahren angegeben, um die Spiegel in verlässlicher Weise zu desinficiren. So hat Zarniko Spiegel empfohlen, bei denen der Silberbelag durch einen galvanoplastisch erzeugten Kupferbelag geschützt ist, so dass die Spiegel nun nach jedem Gebrauch mehrere Minuten in Sodalösung ausgekocht werden können: die meisten dieser Spiegel sind nach seiner Mittheilung, obwohl seit Monaten benutzt, „unversehrt" oder sie haben doch so wenig gelitten, dass sie „vollkommen brauchbar" sind und nur wenige haben sich beim Auskochen getrübt[2]). Auch der Spiegel von Killian und Fischer, den ich übrigens nur aus einem Prospect, nicht aus der Originalmittheilung kenne und bisher auch nicht in Händen gehabt habe, soll das Auskochen gut vertragen, doch geht schon aus dem Wortlaute der Ankündigung hervor, dass eine Erneuerung des Spiegels öfters nothwendig wird. Zugegeben jedoch, dass man durch dieses oder jenes schon angewendete oder auch noch zu erfindende Verfahren im Stande sei, das Eindringen von Wasser zwischen Spiegel und Fassung beim Kochen vollständig und auf die Dauer zu verhindern, so muss ein derartiger Spiegel nach so und so langer Zeit dennoch und trotz alledem unbrauchbar werden, aus dem einfachen, von einem Fachmanne mir angegebenen Grunde, weil der Ausdehnungscoefficient des Glases ein anderer ist als der der Folie, so dass letztere bei öfterem Erwärmen sich mehr und mehr ablöst — ganz ebenso wie bei den sog. Spionen, den vor den Fenstern angebrachten Winkelspiegeln, ein Ablösen der Folie und ein Blindwerden des Spiegels schliesslich eintritt schon unter dem Einflusse der Temperaturdifferenzen des Sommers und Winters. Manchen Spiegel habe ich auch selbst verdorben dadurch, dass ich ihn, nachdem er abgewaschen und abgetrocknet war, nun über die Flamme gehalten habe, um nämlich das zwischen die Fassung eingedrungene und wenn dort verbleibende, den Spiegel verderbende Wasser herauszutreiben, ein Verfahren, das ich vor 8 Jahren einmal mitgetheilt habe[3]), bei dem es aber leicht vorkommt, dass der Spiegel zu stark erwärmt wird, „gebraten" nach dem Ausdrucke eines Optikers, und unbrauchbar ist: der Scylla entgehend, verfällt man der Charybdis. Uebrigens hat schon Voltolini Verderben der Glasspiegel beim Erwärmen beobachtet und auf eine Art „Dampfbildung" bezogen[4]).

Durch Kochen sterilisirbare Spiegel erhält man jedoch einfach durch **Vernickelung** von Metallspiegeln. Obschon Voltolini bereits vor 22 Jahren dargelegt hat, dass die Metallspiegel den Glasspiegeln deshalb vorzuziehen sind, weil sie nur eine reflectirende Fläche besitzen und zu irrthümlicher Diagnose, durch Verdoppelung kleinerer Excrescenzen und dergl. daher nicht Veranlassung geben, so wie das bei den Glasspiegeln vorkommen kann und selbst Voltolini begegnet ist —, und obschon er zu gewissen Untersuchungen, vornehmlich auch zu der des Nasenrachenraums mittels der Doppelspiegel die Anwendung der Metallspiegel

---

[2]) Die Krankheiten der Nase u. s. w. 1894. S. 86 und 114.
[3]) Diese Monatsschrift 1886, No. 5.
[4]) Rhinoscopie u. s. w. 1879. S. 179.

Digitized by Google

auch deshalb empfohlen hat, weil der so besonders zähe Schleim der Nasenrachenschleimhaut, zwischen die Fassung sich hineinziehend, den Spiegel verderbe[5]): so ist er trotz klarer Erkenntniss der Vorzüge der Metallspiegel auffallender Weise doch nicht auf den Gedanken gekommen, das von ihm so gefürchtete Rosten der nach seinem Ausdruck sonst „unverwüstlichen" Metallspiegel durch Vernickelung derselben unmöglich machen zu lassen. Auch der bekannte stellbare Rachenspiegel Michel's ist übrigens vernickelt, doch habe ich denselben bisher noch niemals auskochen lassen, aus Besorgniss, ihn vielleicht doch zu verderben: denn in reinem Wasser könnte man ihn nicht kochen, ohne dass die Stellvorrichtung an demselben rosten würde, ein Zusatz von Soda, das ich beim Kochen von Metallinstrumenten sonst immer benutze und schon im Jahre 1887, also bereits vor Schimmelbusch hierzu empfohlen habe[6]), würde jedoch der Politur wahrscheinlich schaden und den Spiegel gelb machen. Zwar könnte man an diesem Spiegel alle Metalltheile vernickeln lassen, doch bleibt das Einfachste wohl auch hier das Beste und ich meinerseits ziehe vor, eine Anzahl einfacher Metallspiegel zu benutzen, die in verschiedenen Winkeln ein für allemal abgebogen sind. Denn selbstverständlicher Weise wird man an Metallspiegeln nicht viel herumbiegen, da ihr Werth in der vollkommen ebenen Beschaffenheit liegt, die beim Biegen leicht verloren geht. Voltolini hat Metallspiegel empfohlen, die er aus Wien bezogen hat, mir selbst sind durch Vermittlung des hiesigen Optikers V. Lietzau gute Metallspiegel für einen mässigen Preis aus Paris geliefert worden. Es hat etwas Beruhigendes, Instrumente zu besitzen, die man gründlich abreiben und abseifen oder auch kochen und dann für alle Kranke ohne Gefahr anwenden kann. Unter Benutzung der Metallspiegel dürfte die Spiegeluntersuchung, da wo sie nöthig ist, nun auch den practischen Aerzten im Allgemeinen leichter zugänglich werden: denn einige Metallspiegel mag wohl Jedweder sich anschaffen, keineswegs aber Dutzende oder Haufen von Glasspiegeln, je für tuberculöse, für syphilitische, für sonst verdächtige, für anscheinend gesunde Personen, um dann schliesslich doch in der Wahl der Spiegel so und so oft sich zu versehen oder zu irren. Der einzige Nachtheil, den die Metallspiegel besitzen, ist der einer etwas geringeren Helligkeit, so dass in besonderen Fällen, in denen es um sehr helle Beleuchtung sich handelt, die Glasspiegel allerdings mehr am Platze sind. Die Politur der Metallspiegel, die sich nach so und so langer Zeit natürlich abnützt, wenn auch nicht in der früher[7]) von mir befürchteten Ausdehnung, schon nach jedem Auskochen, lässt man dann um ein paar Groschen erneuern.

---

[5]) Die Galvanocaustik u. s. w. 1872. S. 75 und 148. Rhinoscopie, S. 23 und 178.

[6]) In meiner Arbeit über Genese der Gesichtsrose. Deutsche medicin. Wochenschrift 1887, No. 19.

[7]) In meiner Arbeit über die sog. Tornwaldt'sche Krankheit. Therapeut. Monatshefte, December 1892.

Digitized by Google

II. Referate.

a) Otologische:

Die Pressions centripétales von Gellé, ihre diagnostische Bedeutung und ihr Verhalten zu anderen otiatrischen Untersuchungsmethoden. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde von Basilius Argentowsky aus Ufa, Russland. Zürich 1893.

Die 1881 von Gellé angegebene Untersuchungsmethode der „pressions centripètes" ist bisher nur von Rohrer eingehend berücksichtigt worden. Aus 5000 Krankengeschichten Rohrer's hat nun Verfasser 375 Fälle, wo dies Verfahren angewendet wurde, ausgewählt und seiner Arbeit zu Grunde gelegt. Das Wesen der pressions centrip. besteht darin, dass das Ende eines gewöhnlichen Auscultationsschlauches luftdicht in den äusseren Gehörgang des zu Untersuchenden eingefügt und das andere Ende mit einem Kautschukballon verbunden wird. Lässt man eine Stimmgabel auf dem Scheitel klingen, so tritt bei normalem Ohre bei jedem Drucke auf den Ballon eine Abschwächung, bei Nachlass des Druckes Wiedererscheinen der vorherigen Intensität des Stimmgabeltones auf. Mittels eines gegabelten Auscultationsschlauches kann der Untersucher jederzeit den Effect der Pressionen controlliren. Von der Voraussetzung ausgehend, dass die Contacttöne zuerst vom Felsenbein zur Paukenhöhle gelangen, die Gehörknöchelchen in vibrirende Bewegung versetzen und auf dem Wege der Steigbügelplättchen der Labyrinthhöhle mitgetheilt werden, während ein Theil der Schallwellen durch das Trommelfell in den äusseren Gehörgang hinausgeht, erklärt G. die Abschwächung der Contacttöne in Folge centripetaler Pressionen durch plötzliche, vorübergehende Immobilisirung des Steigbügels und seines Plättchens, wodurch ein Auslöschen der Vibration resp. Verminderung der Amplitude hervorgerufen wird.

Ist der Steigbügel oder das Steigbügelplättchen schwer- oder unbeweglich durch Adhäsionen oder bei ungenügender Aeration der Paukenhöhle in Folge von Stenose der Tuba Eustachii, so tritt auf die centripetalen Pressionen keine Reaction ein, der Stimmgabelton gelangt ganz zur Perception. Dasselbe gilt für schwer bewegliche (sclerotische, indurirte) Trommelfelle. Auch die Luftleitung während der centripetalen Pressionen prüfte Rohrer, indem er die klingende Stimmgabel am spitzen Ende des Ballons, wo der Auscultationsschlauch angesetzt ist, aufsetzt.

Die Ergebnisse, welche Verfasser mit dieser Untersuchungsmethode erzielte, sind dann, nach Krankheitsgruppen geordnet, auf's Genaueste verzeichnet und neben die Resultate gestellt, welche die sonst üblichen Untersuchungsmethoden ergaben. Eine grosse Anzahl von Tabellen giebt eine knappe Uebersicht.

Die Schlüsse, welche Verfasser aus dieser Arbeit zieht, sind folgende:

1) Der negative Ausfall der Gellé'schen Pressions centripètes findet sich zumeist bei sclerotischen und ädhasiven Formen des Mittelohrcatarrhes.

Digitized by Google

2) Der negative Ausfall deutet bei beweglichem Trommelfell auf Unbeweglichkeit resp. Schwerbeweglichkeit der Steigbügel oder dessen Plättchen.

3) Das Trommelfell spielt nicht die Hauptrolle in der Abschwächung der Contacttöne. Nur wenn es in Folge von sclerotischer Entartung dem Drucke der Pressionen nicht nachgiebt, kann der Ausfall der Pressionen negativ sein, ohne dass Steigbügel oder Steigbügelplättchen unbeweglich sind.

4) Bei negativem Ausfalle der centripetalen Pressionen ist die Hörweite für Politzer's Hörmesser, Flüster- und Conversationssprache mehr als bei positivem herabgesetzt.

5) Die Knochenleitung ist mehr reducirt bei negativem als bei positivem Ausfall der Pressionen.

6) Der Rinne'sche Versuch ist in 58,9 pCt. der Fälle mit positivem Ausfall der centripetalen Pressionen positiv, in 41,1 pCt. negativ; in 22,1 pCt. der Fälle mit für die Knochenleitung negativem Ausfall der centripetalen Pression positiv, in 77,9 pCt. negativ; in 9,5 pCt. der Fälle mit negativem Gellé für die Knochen- und Luftleitung positiv, in 90,5 pCt. negativ.

7) Die Perception hoher Töne ist bei negativem Ausfall der centripetalen Pressionen mehr herabgesetzt als bei positivem.

8) Subjective Geräusche von tiefer und hoher Qualität kommen häufiger bei negativem als bei positivem Ausfall der centripetalen Pressionen vor.

9) Paracusis Willisii kommt in 6,9 pCt. der Fälle mit negativem, in 2,2 pCt. der Fälle mit positivem Gellé vor.

10) Vom Standpunkte Gellé's aus ist es in Bezug auf die Wege der Knochenleitung ein gutes prognostisches Zeichen, wenn der Weber'sche Versuch nach der Seite lateralisirt, welche einen negativen Ausfall der centripetalen Pressionen zeigt, weil dieser Umstand auf eine verminderte Beweglichkeit deuten soll. Dr. Hitschmann.

---

b) Rhinologische:

Ein neues wirksames Mittel gegen die localen pyogenen Processe des Ohres, der Nase und des Halses. Ein zweites wirksames Mittel, besonders für die Armenpraxis berechnet, gegen die pyogenen infectiösen Processe des Ohres. (Un nouveau remède très efficace contre les processus infectieux locaux et surtout pyogéniques de l'oreille, du nez et de la gorge. Un autre remède, pour les indigents, employé seulement dans les processus infectieux locaux pyogéniques de l'oreille.) Von Dr. V. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Das Microcidin, eine Verbindung von Naphthol mit Natrium causticum, leistet die besten Dienste in den oben angegebenen Fällen. Das chemisch reine Natrium chloratum wird in der Armenpraxis bei Ohrenleiden in 10 — 20procentiger Lösung in den oben erwähnten Fällen mit Erfolg angewandt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Neue antiseptische, blutstillende Medication bei spontanen und chirurgischen Blutungen des Nasenseptums, der Nasenmuscheln und des Ohres. (Nouvelle médication hémostatico-antiseptique dans les hémorrhagies spontanées et chirurgicales du septum nasal, des cornets et de la cavité auriculaire.) Von Dr. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Die Trichloressigsäure (Acid. trichloraceticum) ist allen anderen blutstillenden Mitteln vorzuziehen; man nimmt 1 : 30 bis 80 bis 100 Wasser; besser als Antipyrin, Ferrum sesquichloratum und Acid. chromicum; man kann die Eisenchloridwatte durch die Trichloracetalwatte ersetzen. Dr. P. K.

Ueber Knochencysten der mittleren Nasenmuschel. (Les kystes osseux des cornets moyens.) Von Dr. Beausoleil. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Wenn selbe klein sind, so werden sie gar nicht erkannt; von sehr grossem Umfange, werden sie oft mit Neoplasmen verwechselt und ebenso behandelt. Seltene Fälle. Verf. giebt zwei Krankengeschichten. Auffallend ist, dass diese Cysten nur bei Erwachsenen, und zwar nur bei erwachsenen Frauen beobachtet worden sind; Heredität kann also ausgeschlossen werden; das Befallensein der Frauen allein scheint nur ein Zufall zu sein, man müsste denn die von Zuckerkandl beschriebene und beim weiblichen Geschlechte mehr vorkommende ampullenartige Erweiterung der Nasenmuschel als Ursache der Cystenbildung ansehen. Gewöhnlich von blassrother Farbe, sind diese Cysten meist von polypösen Schleimhautwucherungen bedeckt; unilocular oder multilocular findet man oft Kalkablagerungen darin; die Pathogenese scheint in einer Wucherung der die Innenwand der Knochenzellen auskleidenden Mucosa zu sein, welche die Knochenwandungen auseinandertreibt und, wenn sie nicht secernirt, eine Cyste mit Luftinhalt, wenn sie aber Schleim bildet, eine Cyste mit schleimig-serösem Inhalt bildet. Die Symptome sind die der gewöhnlichen Nasentumoren. Die Radicaloperation ist die einzige logische Behandlungsweise. Dr. P. K.

Zur Kenntniss der Nasensteine. Von Dr. Gerber. Aus Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkrankheiten in Königsberg. (Sonderabdruck aus der „Deutschen medic. Wochenschrift" 1892, No. 51.)

Die Kerne der meisten Nasensteine werden von Fremdkörpern gebildet. Welche Rolle bei der um dieselben stattfindenden Concrementbildung Spaltpilze oder Algen (Leptothrix buccalis) spielen, ist noch strittig.

Vorliegende Arbeit ist als Beitrag zur Beantwortung dieser Fragen gedacht. Der aus der rechten Nasenhöhle eines 7jährigen Knaben entfernte Stein, welcher der Untersuchung zu Grunde lag, mochte ca. 2 Ctm. im Längs- und 1—1,5 Ctm. im Querdurchmesser haben. Seine Extraction machte Chloroformnarcose nöthig und gelang erst nach Zerstückelung. Die chemische Analyse ergab als wesentlichen Bestandtheil phosphorsauren Kalk, daneben Spuren von kohlensaurem Kalke. In der Mitte des Concrementes lag eine faserig verfilzte, watteähnliche Masse. Microscopisch waren wirr sich durchkreuzende Baumwollfasern, Fasern mit

Digitized by Google

Tüpfelzellen und zahlreiche Concrementkrümel zu unterscheiden. Sämmtliche Fasern färben sich mit Jod und H_2SO_4 blau. Die Concrementtheile erwiesen sich als zumeist aus verkalkten Bacterien bestehend, deren Art sich nicht feststellen liess, weil die Färbung nach der Entkalkung nicht mehr gelang. Morphologisch war man vielfach an Leptothrix erinnert, besonders bei den radiär in der Art von Actinomyces gruppirten, aber nicht mit Keulen versehenen Pilzfäden. Dass der Stein jedoch nicht ausschliesslich der Leptothrix buccalis sein Entstehen verdankte (Klebs), beweist die Anwesenheit zahlreicher Coccen und Bacterien und die chemische Analyse, welche ausser dem bei Leptothrix-Steinen allein vorkommenden kohlensauren Kalk auch noch phosphorsauren Kalk ergab. Hitschmann.

Adenoide Vegetationen. (Végétations adénoides.) Von Dr. A. Michel Dansac. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1893.)

Verf. betont, dass das Studium der adenoiden Vegetationen bis jetzt nur von Specialisten betrieben wurde, während die Symptome des daraus entstehenden Allgemeinleidens vernachlässigt sind. Nachdem Verf. die Anatomie des Waldeyer'schen Ringes und der Lymphgefässe des Nasenrachenraumes gegeben, beschreibt er die adenoiden Vegetationen im Ganzen sowohl, als ihre microscopischen Untersuchungsmethoden (nebst Illustrationen), giebt deren Unterschied bei Kindern, Erwachsenen, Scrophulösen und Syphilitischen, ebenfalls mit Illustrationen.

Dr. P. K.

Ueber Nasenstenose und ihre Behandlung mittels einfacher und rascher Dilatation mit Bougies. (De la sténose nasale et de son traitement par la dilatation simple et rapidement progressive au moyen de bougies.) Von Dr. Bouffé. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 22, 1893.)

Verf. giebt zwei geheilte Fälle an, welche das Unangenehme und oft Schädliche des Auskratzens und des Ausbrennens darlegen.

Dr. P. K.

Ueber die Behandlung der Fibromyxome des Nasenrachenraumes. (Du traitement des fibromyxomes nasopharyngiens.) Von Dr. Wagnier. (Société des otologistes et laryngologistes belges, Juni 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 22, 1893.)

Trotz ihres Gestieltseins sind selbe schwer zu entfernen. Bei verschiedenen Versuchen, die galvanocaustische Schlinge um den Stiel anzulegen und bei der dazu nöthigen Manipulation fiel es Verf. auf, wie sehr der Tumor durch diese Malaxation reducirt wurde. Der Autor kam daher auf den Gedanken, die Malaxation als Heilmethode in solchen Fällen zu empfehlen. Der Arzt muss selbst den Kopf fixiren durch seine linke Achselhöhle, den bewaffneten linken Zeigefinger zwischen die Zahnreihen legen und mit der anderen Hand massiren; nur im äussersten Fall soll man bei jugendlichen Individuen das Chloroform anwenden.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Mucocele des Sinus frontalis. (Mucocèle du sinus frontal.) Von Dr. W. Spencer Watson. (Lancet, Mai 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Gestützt auf einen bei einer 20jähr. Frau beobachteten und mittels Borsäure nebst Eisen und Chinin behandelten Fall kommt Verf. zu dem Schluss, dass man in solchen Verhältnissen exspectativ verfahren soll, da öfters Heilung mit Resorption, noch ehe es zu Eiterbildung kommt, eintreten könne. Dr. P. K.

Die interne Massage bei Nasen- und Rachen-Krankheiten. Von Dr. W. Freudenthal, New-York. (Aus der „New-Yorker Medicinischen Monatsschrift", August und September 1893. Nach einem am 24. Mai 1893 vor der New-York Academy of Medicine gehaltenen Vortrage.)

Der physiologische Effect der Massage ist die Regulirung der localen Circulation des Blutes und indirect die Resorption von normalen und pathologischen Gewebsflüssigkeiten. Die von Mich. Braun in die Rhinologie eingeführte manuelle Vibrationsmassage wurde bisher in mehreren nur durch lange Uebung zu erlernenden Methoden ausgeführt. Von den zu diesem Zwecke construirten Instrumenten befriedigte keines die gestellten Ansprüche. F. stellte sich nun ein nach dem Modelle eines Herrn Spiro verfertigtes Instrumeut her, welches durch Electricität getrieben wird und nach dem Principe des in der Zahnheilkunde zum Eintreiben der Füllungen in die Zahnhöhlen benutzten „electric mallet" construirt ist. Die genaue, durch eine Abbildung erläuterte Beschreibung des Instrumentes ist im Originale einzusehen. Der durch die Vibration hervorgebrachte Ton entspricht dem tiefsten Tone der Bratsche und macht in der Secunde 132 Schwingungen! Anfangs massirt F. nur 10 Secunden bis 1 Minute, treten Nies- oder Würgbewegungen auf, so wird die Sonde sofort entfernt. Später wird die Zeit verlängert und möglichst alle Theile der Nase und des Rachens vibrirt. Daneben wurde meist nur 5 pCt., selten 10 pCt. Cocainlösung angewendet. Die aus dem übrigen Apparate entfernbare Sonde wird vor und nach dem Gebrauche desinficirt.

Die experimenti causa behandelten 10 Fälle acuter Coryza bluteten stärker, ein Vorzug vor anderen Methoden ergab sich nicht. Gleich Reibmayr hält F. die Massage bei allen parasitären und Infectionskrankheiten für contraïndicirt. Desgleichen bei solchen chronischen Hypertrophien, wo Galvanocaustik nur kleine Narben setzen würde. Wo aber zu erwarten ist, dass umfangreiche Vernarbung und damit Vernichtung der physiologischen Function der Schleimhaut Folge der galvanocaustischen Behandlung sein wird, hat die Vibrationsmassage an deren Stelle zu treten. Diese Thesen werden durch mehrere Krankheitsgeschichten belegt.

Auch atrophische Processe werden durch die Massage gebessert. Die anscheinend paradoxe Behauptung, dass Hypertrophien und Atrophien durch dasselbe Heilverfahren gebessert werden können, erklärt Verfasser damit, dass in die Venen- und Lymphbahnen während der Massage und kurz darauf mehr Inhalt passirt, also auch mehr arterielles Blut nachfolgt und die Ernährung gehoben wird.

Digitized by Google

Fälle von Heufieber zeigten bei Massage insofern eine günstige Beeinflussung, als die Behandlungsdauer sehr abgekürzt wurde.

F. resumirt endlich dahin, dass die innere Schleimhautmassage ein Mittel ist, das sobald nicht wieder aus dem Schatze unserer therapeutischen Hilfsmittel verschwinden wird. R. Hitschmann.

Internal Massage in Diseases of the Nose and Throat. By W. Freudenthal, M. D. New-York. — Reprinted from the Medical Record, July 22, 1893. (Read before the Section in Laryngology and Rhinology of the New-York Academy of Medicine, May 24, 1893.)

Diese Arbeit ist eine fast wörtliche Uebertragung der oben referirten, und erscheint daher eine gesonderte Besprechung derselben unnöthig.
Hitschmann.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber angeborene ectodermatische Pharynxpolypen. (Des polypes nasopharyngiens congénitaux d'origine ectodermique.) Von Dr. Chapoy. (Association française pour l'avancement des sciences, Besançon 1893 und Semaine médicale No. 49, 1893.)

Zwei Fälle, bei einem Neugeborenen und bei einem 6monatlichen Kinde, wurden beobachtet und mit Erfolg operirt. Diese von den gewöhnlichen Pharynxneubildungen verschiedenen Tumoren sind dermoepidermischer Natur; man kann selbe „angeborene ectodermische Polypen" nennen, sie sind embryonalen Ursprunges. Anfangs besteht Cyanose, später langsame Dyspnoe. Man soll also immer den Pharynx genau untersuchen, wenn Cyanose bei einem Neugeborenen besteht; Prognose günstig bei einmal gestellter Diagnose. Einfache Traction und Torsion genügen zur Operation. Dr. P. K.

Retropharyngealabscesse beim Kinde; ihre Behandlung. (Abcès rétropharyngiens chez l'enfant; leur traitement.) Von Dr. G. Phocas. (Semaine médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Ein ängstlicher Arzt kommt bei der Operation nicht zu seinem Zweck, ein zu eifriger Chirurg geht zu weit. Es giebt dreierlei Gefahren: 1) Blutungen; die Carotis interna ist nach innen, wenn unter-aponeurotische Ganglien in Eiterung übergegangen sind und so auf der äusseren Fläche der Carotiden ruhen; bei anämischen Kindern, besonders nach Anstrengungen kann venöse Blutung auftreten. 2) Erstickung durch Eitereindringen in die Trachea. 3) Septicämie; Pneumonie, die schwer zu vermeiden ist; Antisepsis ist unmöglich; der Abscess verschliesst sich leicht so, dass man von Neuem öffnen muss. Alle diese Gefahren werden vermieden, wenn man von aussen öffnet. Verf. führt die Erfolge an, welche de St. Germain, Burkhard, Pollard und Watson Cheyne mit dieser Methode hatten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Grosser Cystentumor des Os ethmoideum. Fall von totalem Verschluss der oberen Pharynxhöhle. (Un gros tumeur kystique de l'ethmoide. Un cas d'occlusion complète de la cavité pharyngienne supérieure.) Von Dr. G. Strazza. (Bollettino delle malattie dell' orecchio, März 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Rechter Exophthalmus und Deformation des Gesichts bei einer 20jährigen Dame; rechtes Nasenloch erweitert und von einem Tumor angefüllt; die Punction ergiebt eine dem Ovariencysteninhalt ähnliche Flüssigkeit. Exstirpation. Heilung.

Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand, wahrscheinlich specifischen Ursprungs. Heilung mittelst Galvanocaustik.

Dr. P. K.

Einfluss gewisser Diathesen auf die Prognose der Halsoperationen. (Influence de certaines diathèses sur le prognostic des opérations de la gorge.) Von Dr. D. Bryson Delavan. (New-York medical Journal, November 1892 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 22, 1893.)

Morbus Basedowi, Lymphadenom, Struma, rheumatische und hämorrhagische Diathese werden der Reihe nach erörtert. Vor jeder Halsoperation soll man erörtern: 1) ob keine Hämophylie besteht; 2) in solchem Fall ist jede nach den gewöhnlichen Methoden ausgeführte Operation zu verwerfen; 3) da dennoch in solchen Fällen manchmal operirt werden muss, so muss man eine andere Methode finden.

Dr. P. K.

Zahnvariationen in ihrer Form bei den verschiedenen Menschenrassen. (Variations dans la forme des dents suivant les races humaines.) Von Dr. F. Regnault. (Société de biologie de Paris, Séance du 2 Décembre 1893 und Semaine médicale No. 60, 1893.)

Bei Negern gehen die seitlichen Ränder der Schneidezähne nicht parallel; der obere Rand ist doppelt so gross als der Halsrand; beim Milchzahn der Kinder zeigt sich dasselbe Verhältniss; ebenso ist der Unterschied in der Breite des oberen Augenzahnrandes und dem des Collum viel bedeutender bei Negern als bei Weissen. Dr. P. K.

Rhythmische Zungentractionen bei Scheintod der Neugeborenen. (Tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie des nouveaunés.) Von Dr. Bécour. (Bulletin médical du Nord No. 22, 1893.)

Eclampsie bei einer 20jährigen Primipara; ausgeprägtes Oedem des ganzen Körpers und namentlich der Schamtheile, Steisslage, Muttermund noch nicht ganz geöffnet. Extraction. Scheintod. Zehn Minuten lang rhythmische Zungentractionen mit der Schnelligkeit des Pulses des Erwachsenen, indem die Zunge zwischen Zeigefinger und Daumen bald von oben und unten, bald seitlich gefasst wurde. Das todtgeglaubte Kind kam ganz zum Leben zurück. Dr. P. K.

Digitized by Google

Rhythmische Zungentractionen bei Scheintod der Neugeborenen. (Des tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie avec mort apparente des nouveau-nés.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, Séance du 19 Décembre und Semaine médicale No. 72, 1893.)

Verf. bringt vier neue Fälle als Beleg seiner Methode; letztere gelingt immer, wenn es sich um einen primären oder secundären Stillstand des Athmens handelt; in jedem Falle von Scheintod besteht nämlich eine latente Periode, während welcher die Reizbarkeit des Bulbus noch fortbesteht. Verf.'s Methode, besser als alle anderen, besteht nun darin, diese Reizbarkeit wieder wachzurufen. Verf. bringt 64 Fälle, von denen einer fünf Viertelstunden scheintodt war, als Beleg. Die anderen Methoden, namentlich die in letzter Zeit angewandten Morphiuminjectionen, besonders bei Erwachsenen, sind nicht zu verwerfen. Dr. P. K.

Epithelioma der Uvula und des linken Arcus palatopharyngeus. (Epithélioma de la luette et de l'arc palatin gauche.) Von Dr. Schiffers. (Société belge de laryngologie et d'otologie, Gand, Juni 1893 und Revue de laryngologie No. 14, 1893.)

Subjective Symptome gering. Klinische und microscopische Diagnose leicht. Heilung. Dr. P. K.

Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit dem Pharynx. Trennung, prothetischer Apparat. Heilung. (Adhérence des piliers postérieurs au pharynx. Libération. Appareil prothétique. Guérison.) Von Dr. Albertin. (Société des sciences médicales de Lyon, Lyon médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verwachsungen, welche nach Variola entstanden waren, wurden mittelst eines rechtwinklig gebogenen Messers getrennt. Um neue Verwachsungen zu vermeiden, wurde ein prothetischer Apparat, welcher aus zwei rechtwinklig zu einander stehenden Platten bestand, eingelegt; die eine Platte lag an der hinteren Pharynxwand an, die andere legte sich über die hintere obere Gaumenfläche. Heilung nach einem Monat.

Dr. P. K.

Congenitale Anomalie des Gaumensegels. (Note sur un cas d'anomalie congénitale du voile du palais.) Von Dr. Broeckaert. (Quatrième Réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Juni 1893 und Revue de laryngologie No. 15, 1893.)

Nachdem Verfasser die Literatur der wenigen bis jetzt beobachteten Fälle durchgegangen, hebt er die Leichtigkeit der Diagnose hervor: die unversehrten, mit der übrigen Mucosa gleichfarbigen Ränder, das Fehlen jeder Narbe und das symmetrische Vorhandensein schliessen alle anderen frischen und geheilten Processe aus. Es ist ganz einfach eine Bildungshemmung, deren wissenschaftliche Ursache noch nicht festgestellt ist. Verf. hat einen solchen Fall beobachtet, wo die beiden vorderen Gaumenbögen durch zwei symmetrisch gelegene, 14 Millimeter Höhe auf 4 Millimeter Breite messende ovale Oeffnungen von den nach aussen gelegenen

Digitized by Google

Theilen getrennt waren; die Ränder dieser Oeffnungen sind ebenfalls glatt, ohne Narben, von derselben Colorirung wie die übrige Mucosa. Mandeln kaum entwickelt. Dr. P. K.

Mandelsarcom mit Uebergreifen an das Gaumensegel und die Zungenbasis; Exstirpation, Heilung. (Sarcome de l'amygdale avec propagation au voile du palais et à la base de la langue; extirpation, guérison.) Von Dr. Verneuil. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 29 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 60, 1893.)

Ein 20jähriger Mann wurde am 12. November operirt: Ein Hautschnitt vom Mundwinkel bis zum Angulus maxillae inferioris; die Tiefe des Schnittes geht bis zur Mucosa, ohne die Mundhöhle zu eröffnen; Unterbindung der Maxillaris externa. Schnitt in der Regio suprahyoidea mit Exstirpation der Glandula submaxillaris und der Lymphdrüsen, Unterbindung der Arteriae lingualis und Carotis externa. Eröffnung der Mundhöhle durch die beiden geführten Hautschnitte. Entfernung des Tumors. Heilung. Dr. P. K.

Ueber die Functionen der Mandeln und den Nachtheil der Amygdalotomie. (Du rôle des amygdales et des inconvénients de leur ablation.) Von Dr. H. Geschwind. (Semaine médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Mandeln dienen als Hemmungsmittel ebenso wie die Nase mit ihren Haaren, Muscheln, Schleim- und Luschka'scher Drüse. Diese zwei „lebenden Schwämme" mit der Uvula halten alle sehr feinen Schädlichkeiten zurück; man soll also nie (?) eine Amygdalotomie ausführen. Dr. P. K.

Septische Phlegmone der Suprahyoidalgegend (Ludwig'sche Angina), Phlegmone des Mediastinum und Trepanation des Sternum. (Phlegmons septiques sushyoidiens (Angine de Ludwig), phlegmon du médiastin et trépanation du sternum.) Von Dr. Nélaton. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Ein junger Soldat bekam nach Ausziehen eines Weisheitszahnes eine Ludwig'sche Angina. Senkung in das vordere Mediastinum; die Trepanation mit Resection des Sternum und eine streng durchgeführte Antisepsis brachten Heilung. Die Ursache des Leidens ist hier interessant; der Fall beweist, dass die genaue Definition der Ludwig'schen Angina nicht gegeben ist. Dr. P. K.

Ueber sublinguale infectiöse Phlegmone. (Des phlegmons infectieux sous-lingaux.) Von Dr. Schwartz. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. erzählt drei Fälle, welche man fälschlich als Ludwig'sche Angina bezeichnet hat und welche besser mit dem Namen der „sublingualen infectiösen Phlegmone" bezeichnet würden, weil damit der genaue Anfangssitz des Leidens unter der Zunge und oberhalb des

Digitized by Google

Musculus mylohyoideus angedeutet wird. Dieses Leiden hat ganz genau bezeichnete Symptome: Doppelseitige, steinharte Schwellung der ganzen Regio suprahyoidea; Aufgedrängtsein des Bodens der Mundhöhle gegen den Gaumen; schwere Respirationsstörungen; tief gestörtes Allgemeinbefinden. Seltener spontane Eröffnung in den Mund; man muss durch 6 — 7 Centimeter tiefe Einschnitte bis in die Abscesshöhle gelangen, welche gewöhnlich sehr wenig Eiter enthält. Dr. P. K.

Contagiosität der acuten Amygdalitis und ihre Behandlung. (La contagiosité de l'amygdalite aigue et son traitement.) Von Dr. Ch. Eloy. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

An der Ansteckung der acuten Amygdalitis und an deren parasitären Ursprung ist nicht zu zweifeln; alle atmosphärischen Einflüsse sind als nichtig zu betrachten. Die Ansteckung macht sich nicht durch das Wasser, sondern durch die Luft. Isolirung der Kranken, interne Antisepsis; schon Trousseau, Rilliet und Barthez haben die Isolirung der Kranken empfohlen, ohne die Bacteriologie zu kennen und ohne deshalb zu wissen, warum. Dr. P. K.

Amygdalotomie als Präventivbehandlung der Diphtheritis. (De l'amygdalotomie comme traitement préventif de la diphtérie.) Von Dr. Lancry. (Journal des sciences médicales de Lille und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. hat Diphtheritis fast nur bei hypertrophischen Mandeln gesehen; die Erblichkeit dieser vergrösserten Mandeln erklärt die Erblichkeit der Disposition zur Diphtheritis. Sobald ein Fall von Diphtheritis in der Familie ist, sollen alle Kinder mit hypertrophischen Mandeln operirt werden. Dr. P. K.

Die sogenannte „Tornwaldt'sche Krankheit" in Königsberg. Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze: Ueber Palpation des oberen und unteren Rachenraumes sowie des Kehlkopfes. Von Dr. Ziem in Danzig. („Therap. Monatshefte" 1892, August.) Von Dr. Gerber. (Sonder-Abdruck aus „Therap. Monatshefte" 1892, November.)

Diese Bemerkungen berichtigen ein Citat Ziem's aus Gerber's Arbeit: Der Retronasalcatarrh und seine Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung des „Morbus Tornwaldtii", aus welchem man schliessen konnte, dass G. und Michelson die Tornwaldt'sche Krankheit als rein örtliche Erkrankung der Bursa pharyngea anerkennen. G. protestirt hiergegen mit Berufung auf den Titel der genannten Arbeit, die derselben zu Grunde liegenden anatomischen Arbeit, welche die Existenz dieser Bursa vernichten, und auf mehrere wörtlich wiedergegebene Stellen. G. erklärt also seine Anschauungen als mit den allgemein jetzt herrschenden und vor Kurzem von Chiari präcisirten vollkommen identisch.

Hitschmann.

Digitized by Google

Behandlung des Myxoedem. (Sur le traitement du myxoedème.) Von Dr. Murray. (Association médicale britannique und Semaine méd. No. 48, 1893.)

Verf. stellt eine Patientin vor, welche durch subcutane Injectionen von Extractum thyroideae mit Glycerin nebst innerlichem Gebrauch des Corpus thyroideum gänzlich geheilt war; er zeigte die Photographien zweier auf dieselbe Weise geheilter Patienten vor. Dr. Oliver zeigte in derselben Sitzung einen durch subcutane Injectionen von Extractum thyroideae geheilten Kranken. Dr. Allison und Dr. Dyce Duckworth haben ebenfalls gute Resultate mittels obiger Behandlungsweise vorzuzeigen. Dr. P. K.

Behandlung der Psoriasis durch inneren Gebrauch des natürlichen Corpus thyroideum oder dessen Extract. (Traitement du psoriasis par l'administration interne de corps thyroide en nature ou en extrait.) Von Dr. Byron Bramvell. (Association médicale britannique und Semaine médicale No. 48.)

Gestützt auf die Wirkung, welche sich auf der Haut äussert, wenn man Schilddrüsenextract bei Cretinismus und Myxödem anwendet, wandte Verf. dieselbe Behandlung bei Psoriasis an. Ein 18jähr. Mädchen, mit einer jeder Medication trotzenden Psoriasis behaftet, nahm täglich den vierten Theil einer Schafsthyroidea in Oblaten zu sich, wurde gebessert und schliesslich geheilt. Eine 38jährige Frau wurde gänzlich geheilt, nachdem selbe täglich 5 Tropfen Extractum thyroideae zu sich genommen hatte. Viele andere Patienten wurden merklich gebessert, zwei blieben ungeheilt. Dr. P. K.

Die Diphtheritis in Belgien. (La diphtérie en Belgique.) Von DDr. Godart und Kirschner. (Journal de médecine et de chirurgie partique et de pharmacie, Juli 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Von allen Städten Europa's zeigen die belgischen Städte die geringste Mortalität an Diphtheritis. In ganz Belgien stellt die Diphtheritis 7,7 auf 10000 Einwohner und 3,7 pCt. aller Todesfälle. Diese Statistik ist günstiger als die anderer Länder. Die Diphtheritis ist in Belgien häufiger auf dem Lande als in den Städten; am häufigsten ist sie in dem flämischen Theile Belgiens. Dr. P. K.

Behandlung der diffusen Pachydermie der Stimmbänder. (Traitement de la pachydermie diffuse des cordes vocales.) Von Dr. Moll. (Société française de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngol. et d'otologie No. 15, 1893.)

Wenn auch nicht als eigentliche Erkrankung für sich zu betrachten, so ist sie doch von Bedeutung wegen der ihr speciell zukommenden Behandlungsweise. Man kann also den Namen Pachydermie beibehalten, ohne jedoch damit die Idee eines speciellen Krankheitsbildes zu verbinden. Es ist also ein dermoides Leiden der Mucosa, welches am hinteren Ende der Stimmbänder beider Apophysen sitzt. Verf. hat bei der Behandlung die besten Erfolge von der Electrolyse gesehen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber abnorme Muskel und verschiedenartige Gestaltung der normalen Kehlkopfmuskel beim Menschen und der entsprechenden beim Thiere. (Des muscles anormaux et des divers modes de conformation des muscles normaux du larynx dans l'espèce humaine et de leurs homologues dans la série animale.) Von Dr. Le Double in Tours. (Arch. internat. de Laryngologie etc. Bd. VII, No. 2. März/April 1894.)

Vergleichend anatomische Studie zwecks weiterer Klarstellung der Ansichten über die Stimmbildung überhaupt, insbesondere aber der Frage, ob die Existenz eines überzähligen Kehlkopfmuskels oder die Absonderung oder abnorme Insertion eines normalen Kehlkopfmuskels nicht einen markanten Einfluss auf die Stimme haben muss. Beschorner.

Ueber Larynxabscesse. (A propos des abcès du larynx.) Von Dr. Moll. (Société belge de laryngologie et d'otologie, Juni 1893 und Revue de laryngologie No. 14, 1893.)

Influenza, mit einem Abscess der rechten Larynxseite im Innern beginnend, was selten vorkommt; dann kamen erst die Influenzasymptome mit Pleuropneumonie; das rechte Stimmband blieb während der ganzen Zeit entzündet. Heilung. Der Fall ist als selten zu betrachten.

Dr. P. K.

Kehlkopf-Epitheliom bei einem 23jährigen jungen Manne. — Tracheotomie. — Kehlkopf-Exstirpation. — Sofortiges Recidiv in der Wunde. (Epitheliome du larynx chez un jeune homme de 23 ans. — Tracheotomie. — Exstirpation du larynx. — Recidive immédiate dans la plaie.) Von Dr. Luc. (Archiv internat. de Laryngologie etc. Bd. VII, No. 1. Januar/Februar 1894.)

Bei einem 23jährigen Handlungsbeflissenen war die laryngoscopische Diagnose auf tuberculöse Infiltration der rechten Kehlkopfhälfte, mit Perforation der rechten Schildknorpelplatte, und Bestand eines zweiten Herdes ausserhalb desselben gestellt worden. Die histologische Untersuchung des exstirpirten Kehlkopfes indessen lehrte den Bestand eines Epithelioms. Erst 4 Monate nach der Operation zeigten sich Drüsenschwellungen am Halse und erst 5 Monate danach das dem Carcinom-Kranken eigene characteristische cachectische Aussehen.

Beschorner.

Ueber die Ursache der Larynxpolypen. (Sur l'étiologie des polypes du larynx.) Von Dr. H. Lavrand. (Société française de laryngologie et d'otologie und Revue de laryngologie et d'otologie No. 15, 1893.)

Gestützt auf sieben eigene Beobachtungen, sowie auf die Ansichten anderer Autoren kommt Verf. zu dem Schluss, dass fortwährend ausgeübte Reize auf die Larynxschleimhaut als die gewöhnliche Ursache anzusehen sind; Catarrh kann vorhergehen oder erst später die Polypen begleiten.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Eversion der Larynxventrikel und neue Behandlung derselben. (Cas d'éversion des ventricules du larynx et nouvelle méthode de traitement.) Von Dr. Walter F. Chappell. (Medic. Record 1893 und Revue de laryngologie No. 1, 1894.)

48jährige syphilitische Frau hat Husten, Cephalalgie, Heiserkeit, Gefühl von einem sich bewegenden Fremdkörper während eines sehr starken Hustenanfalles; von nun an vollständige Heiserkeit mit Dyspnoe. Das Laryngoscop zeigt das Hervorgestülptsein der Morgagni'schen Taschen, so dass selbe sich berühren. Inspirium pfeifend, Exspirium frei. Intubation nutzlos. Amputation beider Ventrikel mittelst Guillotine. Scheinbare Heilung. Nach 6 Monaten Erstickungsanfälle, Tod während der Tracheotomie. Die Section ergab ein Carcinom der rechten Larynxhälfte. Dr. P. K.

Tertiäre Larynxsyphilis mit Stenose, durch progressive Dilatation gebessert. (Sur un cas de laryngopathie tertiaire avec sténose, améliorée par la dilatation progressive.) Von Dr. Audubert. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Schwellung nnd polypoide Vegetationen am Larynxeingang bei unversehrten Stimmbändern; Stimme normal; inspiratorischer Stridor. Interne Behandlung mit methodischer, mechanischer Erweiterung nebst Galvanocauter brachten Heilung. Dr. P. K.

Syphilis. Tertiäre Erscheinungen. Necrose der Maxillares superiores. Schleichender Verlauf. Unsichere Diagnose. Operation. Entfernung eines grossen Stückes der Maxillares superiores. (Syphilis. Accidents tertiaires. Nécrose des maxillaires supérieurs. Marche insidieuse. Diagnostic indécis. Opération. Elimination d'une portion notable des maxillaires supérieurs.) Von Dr. Anthelme Combe. (Revue de laryngologie No. 17, 1893.)

Der Titel sagt Alles. Heilung. Tragen eines prothetischen Apparates. Dr. P. K.

Nervenleiden bei der tuberculösen Arytänoiditis. Pseudoneuroma im Larynx tuberculöser Natur. (Lésions des nerfs dans les aryténoidites tuberculeuses. Pseudonèvrome tuberculeux laryngé.) Von Dr. Michel Dansac. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Arytänoidalgegend ist die Lieblingsstelle der tuberculösen Localisation im Larynx; alle neueren Arbeiten über das Thema beweisen, dass der Name „Oedema glottidis der Tuberculösen" zu verwerfen ist, weil es sich um einen wirklichen tuberculösen, bacillären Process handelt. Wenn nun die tuberculöse Larynxaffection genau vom wahren Oedema glottidis durch die neueren Untersuchungen getrennt ist, so ist aber die pathologisch-anatomische Basis der Larynxerscheinungen, nämlich der Dysphagie und der Dyspnoe nicht gegeben; die Untersuchungen von Gouguenheim, Balzer, Tissier und Hélary scheinen zu beweisen, dass es sich um eine Perineuritis der in dem neugebildeten pathologischen submucösen Gewebe eingebetteten Nervenendigungen handelt; aus einer solchen Perineuritis allein lassen sich auch nach Hélary

Digitized by Google

(Hélary, Thèse inaugurale, Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, Paris 1893) die Natur und Entwickelung der tuberculösen Dysphagie und Dyspnoe, sowie die Erfahrung erklären, dass nämlich die Exstirpation der infiltrirten Arytänoidalmassen das einzige radicale Mittel zur Beseitigung der ungeheuren Qualen des Kranken ist. Die Arbeiten des Verf.'s führen zu dem Resultate, dass diese locale Hyperästhesie und Hyperexcitabilität nur von einer pathologischen Nervenregeneration herrühren kann, dass es sich also vielmehr um eine Nervenproliferation als um eine Nervendegeneration handelt; die sehr gelungenen microscopischen Präparate beweisen letzteres; so ist denn die pathologische Anatomie ganz im Einklang mit der Physiologie, der Klinik und der chirurgischen Therapie. Der Ausspruch der Autoren, „dass bei der tuberculösen Larynxinfiltration die Nervenendigungen comprimirt werden, das Nervenneurilemma verdickt ist durch Proliferation embryonaler Zellen, das Myelin sich zerstückelt und endlich verschwindet, dass der Axencylinder gänzlich zerstört wird", ist Dank der neueren Untersuchungsmethode als gänzlich falsch hinzustellen; die directe Fixation des noch lebenden Gewebes in die picrochromo-salpetersaure Flüssigkeit und der Gebrauch des Chlorgoldes lassen bis jetzt nicht geahnte Nervenveränderungen erscheinen. Verfasser beschreibt seine Untersuchungsmethode, welche statt Nervenzerstörung eine bedeutende, der Infiltration angemessene Nervenhyperplasie erkennen lässt. Verf. giebt in zwei microscopischen Bildern, welche von horizontal mit dem Verlauf der Stimmbänder geführten Schnitten aus der Spitze der Arytänoidalgegend herrühren, das genaue Bild dieser neugebildeten Nervennetze und beschreibt letzteres genau; letztere Beschreibung wird am besten im Original nachgelesen. Verf. kommt am Ende seiner Abhandlung zu folgenden Schlüssen: 1) die tuberculöse, embryonäre Infiltration der Arytänoidea, von den neueren Autoren mit Recht von Oedema glottidis getrennt, ist in Fällen von Dysphagie und Dyspnoe immer mit nervöser Hyperplasie, das heisst mit Neubildung von hypertrophischen Nerven und perinervöser Sclerose, in welcher Sclerose hypertrophische Axencylinder vorherrschen, verbunden. 2) Es besteht in der Phthisis laryngea also keine parenchymatöse Neuritis mit atrophischer und interstitieller Perineuritis, sondern es sind wuchernde hyperplastische Neuritiden, welche ihrem anatomischen Character und ihrer anatomischen Entwicklung nach unter die Neurome zu zählen sind. 3) Ihre Abhängigkeit von dem Grade der sclerösen Infiltration, sowie ihr bacillärer, entzündlicher Ursprung unterscheiden sie aber von den wahren Neuromen; sie stellen bacilläre tuberculöse Pseudoneurome dar. 4) Die Hyperplasie und namentlich die Hyperplasie des Axencylinders als hauptsächlichster physiologischer Bestandtheil des Nerven erklärt die Wohlthat der chirurgischen Behandlung; der nach der Operation übrigbleibende Stumpf hat nur mehr eine narbige Sclerose ohne Nervenneubildung. Klinik, Therapie und pathologische Anatomie stimmen also vollständig überein. 5) Aus dieser Hyperplasie der sensibelen Nerven kann man ja auch alle Erscheinungen, welche man auf Rechnung des Oedema glottidis schrieb, erklären; der Spasmus glottidis kann an sich allein schon, wegen seines überaus leichten Eintretens, die Dyspnoe erklären. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fall von primärem Lungensarcom; diagnostische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare (Sur un cas de sarcome primitif du poumon; valeur diagnostique du ganglion susclaviculaire.) Von Dr. Ferrand. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 1 Décembre 1893 und Semaine médicale No. 60, 1893.)

Bei einer mit einem linksseitigen Lungensarcom behafteten 20jähr. Frau fand man bei der Section Schwellung der Axillardrüsen, aber keine Schwellung des Ganglion supraclaviculare, wie Troisier es angiebt; keine Metastasen. Dr. Bourcy hat einen Fall beobachtet, bei welchem das angegebene Symptom aber bestand. Dr. Troisier bemerkt, dass die Schwellung des Ganglion supraclaviculare nicht immer bestehe, dass es überhaupt bei allen visceralen Sarcomen und Carcinomen bestehen kann und in zweifelhaften Fällen als diagnostisches Hilfsmittel bei visceralen und namentlich latenten Krebsen von Werth ist; Dr. Troisier giebt die genaue Beschreibung des zwischen den beiden Ansätzen des Sternomastoideus gelegenen Ganglion; manchmal ist es doppelseitig, meistens links wegen des dabei eine Rolle spielenden Ductus thoracicus; Dr. Troisier und Dr. Polaillon machten einmal, auf dieses linksseitige Ganglion gestützt, die Diagnose auf einen nicht zu findenden visceralen Krebs. Dr. P. K.

Diagnostischer Werth des Ganglion supraclaviculare. (Valeur diagnostique du ganglion susclaviculaire.) Von Dr. Comby. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 8 Décembre 1893 und Semaine médicale No. 73, 1893.)

Verf. stellte die Diagnose auf Pleurakrebs bei einer 57jähr. Frau durch Vorhandensein des Ganglion supraclaviculare derselben Seite; bei cachectischen Kranken, wo man keine bestimmte Diagnose stellen kann, lässt die Gegenwart eines harten, angeschwollenen Ganglion supraclaviculare an ein viscerales Krebsleiden denken. Dr. Vidal fand bei der Section eines an Pyloruscarcinom, welches nicht sicher diagnosticirt war, zu Grunde gegangenen 60jährigen Patienten hinter dem Sternocleidomastoideus ein erweichtes Ganglion, ohne dass sonst ein Zusammenhang desselben mit dem bestehenden Magencarcinom durch die Lymphbahnen nachgewiesen werden konnte. Dr. P. K.

Reflexkrampf des Oesophagus bei Lebercarcinom. (Sur un cas de spasme reflexe de l'oesophage consécutif à un cancer du foie.) Von Dr. Mayo Collier. (Société de laryngologie et de rhinologie de Londres und Semaine médicale No. 72, 1893.)

Die Sonde ging leicht in den Magen hinein. Die Sondenernährung ging gut von Statten, der Kranke erholte sich; eine intercurrente Pneumonie endete letal. Es ist dies der achte bekannte Fall von Oesophaguskrampf bei Lebercarcinom mit intactem Magen und Oesophagus.
Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die Accumulatoren in der medicinischen Praxis. (Les accumulateurs dans la pratique médicale.) Von Dr. Darzens. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 22, 1893.)

Verf. giebt die Beschreibung eines leicht hantirbaren und besonders nicht theuren Apparates. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Lamann: Der electrolytische Schaum als Nebenschluss. — Sendziak: Beitrag zur Casuistik der nasopharyngealen Tumoren. — Ziem: Ueber Metallspiegel. — II. Referate: a) Otologische: Argentowsky: Die Pressions centripétales von Gellé, ihre diagnostische Bedeutung und ihr Verhalten zu anderen otiatrischen Untersuchungsmethoden. — b) Rhinologische: Cozzolino: Ein neues wirksames Mittel gegen die localen pyogenen Processe des Ohres, der Nase und des Halses. Ein zweites wirksames Mittel, besonders für die Armenpraxis berechnet, gegen die pyogenen infectiösen Processe des Ohres. — Cozzolino: Neue antiseptische, blutstillende Medication bei spontanen und chirurgischen Blutungen des Nasenseptums, der Nasenmuscheln und des Ohres. — Beausoleil: Ueber Knochencysten der mittleren Nasenmuschel. — Gerber: Zur Kenntniss der Nasensteine. — Dansac: Adenoide Vegetationen. — Bouffé: Ueber Nasenstenose und ihre Behandlung mittels einfacher und rascher Dilatation mit Bougies. — Wagnier: Ueber die Behandlung der Fibromyxome des Nasenrachenraumes. — Watson: Mucocele des Sinus frontalis. — Freudenthal: Die interne Massage bei Nasen- und Rachen-Krankheiten. — Freudenthal: Internal Massage in Diseases of the Nose and Throat. — c) Pharyngo-laryngologische: Chapoy: Ueber angeborene ectodermatische Pharynxpolypen. — Phocas: Retropharyngealabscesse beim Kinde; ihre Behandlung. — Strazza: Grosser Cystentumor des Os ethmoideum. Fall von totalem Verschluss der oberen Pharynxhöhle. — Delavan: Einfluss gewisser Diathesen auf die Prognose der Halsoperationen. — Regnault: Zahnvariationen in ihrer Form bei den verschiedenen Menschenrassen. — Bécour: Rhythmische Zungentractionen bei Scheintod der Neugeborenen. — Laborde: Rhythmische Zungentractionen bei Scheintod der Neugeborenen. — Schiffers: Epithelioma der Uvula und des linken Arcus palatopharyngeus. — Albertin: Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit dem Pharynx. Trennung, prothetischer Apparat. Heilung. — Broeckaert: Congenitale Anomalie des Gaumensegels. — Verneuil: Mandelsarcom mit Uebergreifen an das Gaumensegel und die Zungenbasis; Exstirpation, Heilung. — Geschwind: Ueber die Functionen der Mandeln und den Nachtheil der Amygdalotomie. — Nélaton: Septische Phlegmone der Suprahyoidalgegend (Ludwig'sche Angina), Phlegmone des Mediastinum und Trepanation des Sternum. — Schwartz: Ueber sublinguale infectiöse Phlegmone. — Eloy: Contagiosität der acuten Amygdalitis und ihre Behandlung. — Lancry: Amygdalotomie als Präventivbehandlung der Diphtheritis. — Gerber: Die sogenannte „Tornwaldt'sche Krankheit" in Königsberg. — Murray: Behandlung des Myxoedem. — Bramvell: Behandlung der Psoriasis durch inneren Gebrauch des natürlichen Corpus thyroideum oder dessen Extract. — Godart und Kirschner: Die Diphtheritis in Belgien. — Moll: Behandlung der diffusen Pachydermie der Stimmbänder. — Le Double: Ueber abnorme Muskel und verschiedenartige Gestaltung der normalen Kehlkopfmuskel beim Menschen und der entsprechenden beim Thiere. — Moll: Ueber Larynxabscesse. — Luc: Kehlkopf-Epitheliom bei einem 23jährigen jungen Manne. Tracheotomie. Kehlkopf-Exstirpation. Sofortiges Recidiv in der Wunde. — Lavrand: Ueber die Ursache der Larynxpolypen. — Chappell: Eversion der Larynxventrikel und neue Behandlung derselben. — Audubert: Tertiäre Larynxsyphilis mit Stenose, durch progressive Dilatation gebessert. — Combe: Syphilis. Tertiäre Erscheinungen. Necrose der Maxillares superiores. Schleichender Verlauf. Unsichere Diagnose. Operation. Entfernung eines grossen Stückes der Maxillares superiores. — Dansac: Nervenleiden bei der tuberculösen Arytänoiditis. Pseudoneuroma im Larynx tuberculöser Natur. — Ferrand: Fall von primärem Lungensarcom; diagnostische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare. — Comby: Diagnostischer Werth des Ganglion supraclaviculare. — Collier: Reflexkrampf des Oesophagus bei Lebercarcinom. — Darzens: Ueber die Accumulatoren in der medicinischen Praxis.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Escherner (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, Juli 1894. No. 7.

I. Originalien.

Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms.

Von

E. M. Stepanow, Privatdocent in Moskau.

(Nebst einer Tafel und vier Zeichnungen.)

Als Material folgender Untersuchung dienten zwei von mir im Alten Catharinen-Spital zu Moskau beobachtete Fälle von Sclerom. Einer dieser Kranken ging an Lungentuberculose zu Grunde und die vorgenommene Autopsie setzte mich in den Stand, alle afficirten Regionen einer sorgfältigen microscopischen Untersuchung zu unterziehen, wobei besondere Aufmerksamkeit den Veränderungen der Nasenhöhle zugewandt wurde.

Ausserdem verdanke ich der Liebenswürdigkeit meines Collegen, Dr. Boëff, einige Gewebsstücke aus seinem Fall, die ich sowohl zur Gewinnung von Reinculturen der Sclerombacillen, als auch für die microscopische Untersuchung verwandte.

Der erste Fall. P. O. lag im Spital mehrmals; zuerst von August bis October 1886, dann von Juli bis August 1887, darauf von März bis August 1888 und zuletzt von Mitte October bis zum 6. December 1889, an welchem Tage Patient verstarb.

Digitized by Google

Das erste Mal constatirte man beim Kranken einen chronischen Schnupfen und polypöse Vegetationen der rechten Nasenhöhle (entfernt durch die Schlinge). Am Naseneingang war ein leichtes Eczem, durch die reichliche, dickflüssige, zu Borken eingetrocknete Secretion bedingt; so wenigstens suchte ich mir damals alle Erscheinungen von Seiten der Nase zu erklären. Im Larynx dieselben Borkenauflagerungen an den Rändern und unmittelbar unter denen der Stimmbänder, diffuse Schwellung derselben wie auch der hinteren Wand; Farbe der Stimmbänder dunkelroth. Das Ganze bot das exquisite Bild der Laryngitis sicca dar; am Isthmus faucium und Cavum pharyngo-nasale nichts Besonderes. Nach zweckentsprechender Behandlung wurde der Larynx borkenfrei; das Athmen, welches früher durch die Borken behindert gewesen, wurde leicht und die Stimme ziemlich rein; dagegen persistirten eine gewisse Verdickung der Stimmbändermucosa sowie auch der hinteren Wand.

Das zweite Mal trat der Kranke in einem viel schlechteren Zustand ein. Die Athembeschwerden waren jetzt durch die in ihrer ganzen Ausdehnung stark geschwellten Stimmbänder, vorzüglich ihres unteren inneren Abschnittes so bedeutend, dass man zur Erweiterung des Larynx durch englische Catheter schreiten musste.

Auch dieses Mal verliess der Kranke das Spital bedeutend gebessert, wenngleich nicht in dem Masse wie ehedem.

Zum dritten Mal liess er sich im März 1888 aufnehmen, wiederum wegen starker Athembeschwerden, Aphonie und Schnupfens.

Pat. stammt aus einem der Stadt Moskau nahe gelegenen Dorfe; in der Stadt seit seinem 11. Jahre; der Beschäftigung nach Bäcker; hat nie eine schwere Krankheit durchgemacht. Kurze Zeit (August 1886) vor seiner ersten Vorstellung im Spital will Pat. die ersten Erscheinungen von Seiten des Larynx und der Nase bemerkt haben. Luem negat.; auch waren nirgends irgend welche Anzeichen einer überstandenen zu constatiren.

Pat. ist von mittlerem Wuchs, kräftiger Constitution, stark entwickeltem Knochenbau, Musculatur und gut genährt. An den inneren Organen nichts Besonderes, es sei denn ein oberflächlicher, trockener Husten und vereinzelte, trockene, nicht immer nachweisbare Rasseln.

Nasenathmen unmöglich, weil die Nasenhöhle nahe am Eingange durch polypöse, beim Sondiren leicht blutende Vegetationen verlegt ist; Secret schleimig-eitrig, sehr zähe, trocknet leicht zu Borken ein; letztere bedecken die erodirte und nässende Haut des Naseneinganges.

Am Pharynx und Cavum pharyngo-nasale nichts Besonderes; mässige Larynxstenose; Epiglottis dunkelroth, am Rande verdickt, nach hinten geneigt und hufeisenförmig in transversaler Richtung gebogen; die Mucosa im Bereiche der Rima glottidis mit grau-weisslichen Borken, nach deren Entfernung die Schleimhaut stark gewulstet, dunkelroth erscheint. Die Stimmbänder von wallartig gewulsteter Form, bedingt durch Verdickung derselben unter der Schliessungslinie. Excursionen nach aussen stark beeinträchtigt; die stark gewulstete, grossfaltige hintere Wand erschwert ihre Annäherung bei der Phonation. Besichtigung der Trachea unmöglich.

Ordination: Pulverisiren und Tubage; Polypen durch die Schlinge entfernt; innerlich Jodkali.

Digitized by Google

Im Juni wird zuerst der wirkliche Character des Leidens vermuthet. Die microscopische Untersuchung (Dr. Nikiforoff) eines kleinen Gewebspartikels bestätigt vollkommen unsere Voraussetzung. Jetzt untersuchte man den Kranken von einem neuen Gesichtspunkte aus und es ergab sich allem zuvor eine gänzliche Abwesenheit irgend welcher Verhärtungen an den knorpeligen Theilen der Nase. Innen, etwa ein Centimeter vom Rande des Naseneinganges, an der äusseren Wand des Nasenknorpels bemerkte man eine gleichmässig verbreitete, dunkelroth gefärbte Verdickung, einer excoriirten Schleimhautstelle ähnlich, welche sich bis zu den vorderen Rändern der unteren Muscheln hinzog. Am Septum, am Naseneingange hatten die Decken ein weisslich sehniges Aussehen.

In der Tiefe der Nase rechts fand sich nichts Besonderes an der mittleren Muschel und dem sichtbaren Theil des mittleren Nasenganges. Links war die Besichtigung der tiefer liegenden Theile durch eine Verkrümmung des Septums erschwert.

Die Mucosa des Cavum pharyngo-nasale ist etwas injicirter und succulenter als normal. Zur bereits früher gemachten Beschreibung des Kehlkopfes ist nichts hinzuzufügen.

Gleich nach erfolgter Diagnose „Sclerom" wurden durch beide Nasenlöcher möglichst grosse Gewebspartikel entnommen behufs Anfertigung microscopischer Präparate sowie auch zum Herstellen von Kulturen. Züchtungen auf Gelatine, Serum und Agar-Agar ergaben echte Kulturen von Frisch'schen Bacillen. Züchtungen sind wiederholt und auch später nach Ablauf einer gewissen Zeit angelegt worden. (Taf. Fig. 2).

Das Athmen durch die Nase wurde nach wiederholten Excisionen bei Weitem leichter; die Irritationserscheinungen der Haut am Naseneingang liessen nach. Die weitere Therapie bestand in Pinselungen der afficirten Partien mit 40—80procentigen Milchsäurelösungen.

Im Mai litt Pat. an einer durch Perforation der Membrana tympani complicirten Otitis purulenta dextra, von welcher er genas. Im August verliess er das Spital, um im October 1889 von Neuem einzutreten.

Der locale Nasenbefund war nicht schlechter geworden, am Naseneingang dieses Mal keine Eczemerscheinungen. Nasenathmen möglich, die Larynxstenose dagegen so stark, dass sie als wichtigstes Symptom hervortrat. Ganz wie ehedem auf den Stimmbändern eine Menge fest anhaftender Borken; hartnäckiger, trockener, stossweiser, oberflächlicher Husten.

Am 20. October mässige Hämoptoe. An den Lungen nirgends eine Dämpfung; das Athmungsgeräusch durch das Stenosengeräusch verdeckt. Am 21. October die Hämoptoe stärker; von nun an beginnt eine bis an's Lebensende anhaltende Febris hectica; rascher Verfall der Allgemeinernährung; im Sputum spärlich Tuberkelbacillen. Haemoptoe trat noch ein Mal kurz vor dem Exitus auf; am 6. November verschied Pat. (24. a. n.).

Section am nächsten Tage durch Herrn Dr. Kolly ausgeführt.

Sectionsprotocoll: Schädelknochen von normaler Dicke, Dura leicht abziehbar; Hyperaemia durae matris; in den Sinus flüssiges Blut, geringes Hirnödem; beim Anschneiden der Pia Flüssigkeit reichlicher als normal; unbedeutendes Ventrikelödem; im 4. Ventrikel nichts Be-

Digitized by Google

sonderes, Arteria fossae Sylviae beiderseits etwas geschlängelt und sclerosirt. Die graue Substanz überall von der weissen gut differenzirbar.

Stand des Diaphragma rechts an der 4., links an der 5. Rippe; Lage der Baucheingeweide normal. Beiderseits Pleuraadhäsionen; im Pericard etwas helle, seröse Flüssigkeit.

Linke Lunge vergrössert, consistenter; Pleuraoberfläche mit schwer abziehbaren Auflagerungen bedeckt, nach deren Entfernung man diffuse gelbliche, rundliche Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse sieht. Auf Durchschnitten ist die Lunge fast in ihrer ganzen Ausdehnung von zerstreut liegenden Knötchen durchsetzt; dieselben sind theils confluirt und zerfallen, in Folge dessen sich Höhlen von Erbsen- bis Haselnussgrösse gebildet haben; im Bereiche des unteren Lappens eine bronchoectatische Caverne von der Grösse einer Haselnuss.

Rechte Lunge etwas kleiner, fühlt sich weich an, für Luft durchgängig; beim Ausdrücken tritt eine geringe Menge schaumiger Flüssigkeit hervor. Im Bereiche des unteren Lappens kleine Verdichtungen von der Grösse einer kleinen Cedernuss; am Durchschnitt von dunkelrother Farbe mit deutlich hervortretenden halbdurchsichtigen Knötchen, kleiner als ein Stecknadelkopf. In der Lungenspitze ein wallnussgrosser, sich derb anfühlender Knoten, der auf dem Durchschnitt käsige Massen in gut entwickeltem bindegewebigem Gerüst darstellt.

Speiseröhre frei, Mucosa blass, Epiglottisrand verdickt; die falschen Stimmbänder leicht ödematös, die wahren verdickt, blass-graulich, derb; hintere Wand stark verdickt, in Längsfalten, beim Anfühlen derb. Die Beweglichkeit der Aryknorpel bedeutend beschränkt. Die Trachealschleimhaut von grünlich brauner Farbe, theilweise erodirt und leicht zerreisslich; diese Veränderungen (Verdickung, Erosionen) trifft man an der ganzen Ausdehnung der Trachea bis zur Bifurcation.

Herz von normaler Grösse, linker Ventrikel contrahirt, rechter etwas dilatirt; Arterien der Oberfläche stark geschlängelt, Ostien durchgängig; auf den Aortenklappen kleine weissliche Excrescenzen, kleiner als Stecknadelköpfe; an den Mitralklappen ebensolche Auflagerungen, jedoch etwas grösser. Die Klappen der Tricuspidalis und der Pulmonalis bieten nichts Besonderes dar. Herzmuskel blass.

Milz stark vergrössert ($1^1/_2$mal), dunkelroth, haftet leicht dem Messer an. Die Malpighi'schen Körperchen treten nicht stark hervor; Bindegewebe mässig entwickelt; Blutgehalt mässig (der Grösse nicht entsprechend).

Linke Nierencapsel schwer abziehbar, verdickt; Nieren von normaler Grösse; Corticalschicht verdünnt, blass; Pyramiden heben sich nicht deutlich ab; Kelche frei. Die rechte Niere von normaler Grösse, blass; Capsel adhärent, aber schwächer als links; Nierenoberfläche glatt; Corticalis ebenfalls verdünnt; Arterien auf dem Durchschnitt starr.

Mesenterialdrüsen stark vergrössert, nicht besonders derb; auf dem Durchschnitt von grau-weisslicher Farbe.

Dünndarm in der Nähe der Bauhin'schen Klappe stark hyperämisch und die Peyer'schen Plaques verbreitert; hier befindet sich ein einem silbernen Fünfkopekenstück entsprechend grosses Ulcus, das blos nur bis zur Muscularis reicht.

Die Mucosa des Magens verdickt, mit viel Schleim bedeckt, anämisch.

Digitized by Google

Leber etwas hyperämisch, auf dem Durchschnitt an den tieferen Schichten ein Anflug von Muscatnussleber.

Gallenblase nicht erweitert, mit gelber Galle gefüllt.

Harnblase dilatirt; Mucosa blass. Retroperitonealdrüsen vergrössert, auf dem Durchschnitt hyperämisch.

Der zweite Fall. M. Sch., Jude, 42 a. n., trat in's Spital am 1. September 1889. Pat. stammt aus dem Mohilew'schen Gouvernement; ohne bestimmte Beschäftigung. Die Schwellung der Nase will Pat. vor etwa sieben Jahren zuerst bemerkt haben. Pat. ist von hohem Wuchs, mittlerer Constitution, Allgemeinernährung gut. Anzeichen einer überstandenen Lues lassen sich nirgends nachweisen; verheirathet und hat gesunde Kinder.

Der knorplige Theil der Nase ist gleichmässig vergrössert. Die Nasenspitze kolbenartig verdickt. Hautfarbe nicht verändert, aber die Haut stark gedehnt und glänzend; sie ist von kleinen venösen Gefässen durchfurcht, die nach verschiedenen Richtungen hinziehen.

Beim Befühlen ist die ganze knorplige Nase characteristisch hart; Nasenflügel von derselben Härte; ein Andrücken derselben an das Septum narium ist rein unmöglich. Septum membranaceum stark verbreitert, hart und ganz unbeweglich. Gleich hinter den Nasenlöchern sieht man an den Nasenwänden und dem Septum eine dunkelrosa gefärbte, entblösste, dem Aussehen nach granulirende Masse, welche sich nach innen zu verdickt; sie verengt die Meatus der Nase und verleiht ihr eine trichterartige Form. Eine kleine Oeffnung befindet sich an der Spitze dieses Trichters und führt in die Nasenhöhle (beim Sondiren nachweisbar).

Uvula fehlt. Weicher Gaumen verkürzt, nach oben gerückt; die hinteren Bogen nach unten, liegen der hinteren Wand des Pharynx an. Bogen und Gaumen fühlen sich bretthart an. Das Einführen des Fingers in das Cavum pharyngo-nasale ist unmöglich, weil die Oeffnung in dasselbe eng, als auch in Folge der absoluten Undehnbarkeit des Gaumengewebes. An Stelle der Uvula, im Bereiche des anliegenden Gaumenabschnittes, im oberen Bezirk der linken Bogen und auch etwas auf den rechten befindet sich eine dem Anscheine nach granulirende Fläche, von einem blassen, flachen, narbenartig aussehenden Wall umgeben. Die Inspection des Cavum pharyngo-nasale ist unmöglich.

Kehlkopf unverändert. Das den Nasenlöchern entnommene Gewebe bestand fast durchweg aus Mikulicz'schen Zellen mit einer Masse Bacillen. Züchtungen ergaben echte Culturen der Frisch'schen Bacillen. Die Behandlung bestand in Pinselungen der Nasenlöcher mit Milchsäure-Lösungen. Wenngleich die Nasenlöcher auf diese Weise sich auch erweiterten, so trat doch allmählich eine Perforation der knorpligen Nasenscheidewand ein und die Nasenspitze senkte sich merklich nach unten.

Am 13. Januar 1890 verliess Pat. das Spital.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen der Nasenhöhle des ersten Pat.

Behufs ausführlicher Untersuchung wurde der fast die ganze Nasenhöhle (nebst den anliegenden Höhlen) enthaltende Theil des Schädels herausgesägt: das Cavum pharyngo-nasale mit den Tubae Eustachii und Gehörorganen, weicher Gaumen mit den Tonsillen und ein Theil der

Digitized by Google

hinteren Pharynxwand; desgl. Larynx und Trachea, leider nur bis zum VI. Knorpel incl. Die Gewebe wurden in 90° Alcohol gelegt, in welchem sie auch die ganze Zeit hindurch aufbewahrt wurden.

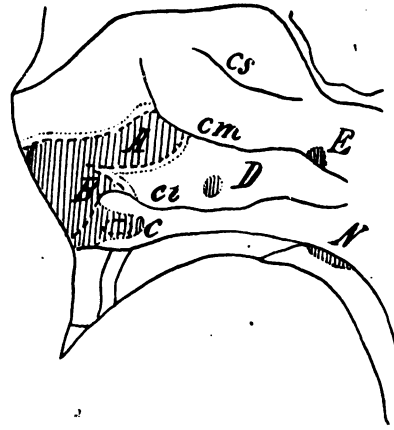
Fast der ganze knorplige Theil der Nase musste an der Leiche zurückbleiben.

Beim Inspiciren der Nasenhöhlen am Spirituspräparate (verticale Durchsägung und nach Entfernung der Scheide) sah man in den vorderen Abschnitten einige weniger oder mehr bedeutender und tiefer Substanzverluste der Schleimhaut, rechts ausgedehnter als links.

Da es sich bei der späteren Untersuchung herausstellte, dass diese Defecte den am intensivsten vom specifischen Process befallenen Stellen entsprachen, so ist es angezeigt, auf ihre Vertheilung genauer einzugehen.

Der bedeutendste Defect der Schleimhaut der rechten Nasenhöhle nimmt den grössten Theil der äusseren Wand des Vestibuli nasi, Atrii meati narium medii und des vorderen Abschnittes des mittleren Nasenganges ein (cfr. Fig. 1, das Bereich des Defectes *A* ist punctirt). Ein Theil des Defectes ist durch den vorderen, unteren freien Winkel der

I.



mittleren Muschel gedeckt; seine obere Grenze befindet sich nur wenige Millimeter vom Rande des Hiatus semilunaris entfernt. Dieser Defect ist am deutlichsten nach hinten und oben; im vorderen Abschnitte sind seine Grenzen nicht scharf ausgesprochen.

Der zweite kleine und oberflächliche Defect befindet sich auf der inneren Fläche des vorderen Endes der unteren Muschel und confluirt nach vorne mit dem ersten (Fig. 1 *B*).

Der dritte hat seinen Sitz an der äusseren Wand des unteren Nasenganges; er ist von ovaler Form und sein Längsdurchmesser beträgt etwa 1 Ctm. Der vordere Theil, welcher sich fast unmittelbar unter dem vorderen Ende der unteren Muschel befindet, ist ziemlich tief mit unterminirten, steil abfallenden Rändern.

Digitized by Google

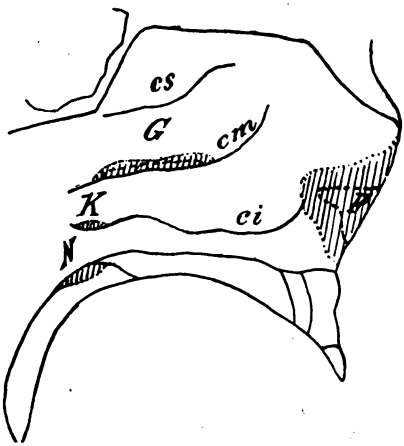
Endlich die letzte grosse und tiefe Erosion befindet sich am Septum, hauptsächlich im Bereiche der Cartilago quadrangularis (Fig. III *L*); sie zieht sich als gewundener Streifen nach oben und hinten, ihr hinterer, verbreiterter Theil (etwa 1 Ctm. im Durchmesser) überschreitet die Ausdehnung des Knorpels nach oben; im vorderen Abschnitte beträgt die Breite einige Millimeter, die Ränder derselben sind unregelmässig, gleichsam als ob abgerissen.

Schliesslich muss noch eines abgerundeten, am hinteren Ende der mittleren Muschel von der Grösse eines Hirsekorns sich befindlichen Knötchens gedacht werden (Fig. I *E*).

Die linke Nasenhöhle ist an zwei Stellen verengt: vorne durch die Krümmung der Knorpelscheidewand nach links, hinten durch einen nicht hohen conischen Vorsprung im hinteren Bereiche des Vomer.

Eine ziemlich grosse, nicht scharf conturirte Erosion liegt auf der Seitenwand der Vestibuli und vor dem vorderen Ende der unteren Muschel (Fig. II *F*).

II.



Eine zweite schmale und lange Erosion nimmt den hinteren Abschnitt des freien Randes der mittleren Muschel ein (*G*).

Endlich eine dritte viel tiefere, aber kurze befindet sich am Septum ungefähr gegenüber dem vorderen Ende der unteren Muschel (Fig. IV *K*).

Der hintere Rand des Septums scheint nach unten etwas verdickt, wenngleich diese Verdickung nicht die Grenzen der normalen Schwankungen in Bezug auf die Dicke dieses Abschnittes des Septums überschreitet (Fig. III *M*).

Die Mucosa des Cavum pharyngo-nasale, des weichen Gaumens, der Bogen und der Tonsillen bietet nichts von der Norm Abweichendes dar. Die Tubae Eustachii sind kaum für die geknöpfte Sonde No. 3 der Charrière'schen Scala (in den Isthmus) durchgängig.

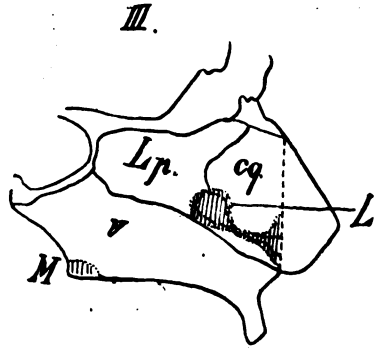
Digitized by Google

Die Nebenhöhlen (Sinus maxillaris, frontalis, sphenoidalis) sind frei von pathologischen Producten. Um nicht wiederum auf dieselben zurückkommen zu müssen, sei hier bemerkt, dass nach sorgfältiger macro- und microscopischer Untersuchung der Mucosa dieselbe vollständig frei von jeglichen Veränderungen befunden worden ist.

Man löste durch künstlich in den Wandungen der Höhlen angelegte Löcher die Mucosa vorsichtig in toto vom Knochen ab und beförderte sie nach aussen.

Beim Betrachten der halbdurchsichtigen, dünnwandigen Säcke im durchfallenden Lichte constatirte man auf ihnen minimale Verdickungen und Knötchen, die man ausschälte und einer sorgfältigen microscopischen Untersuchung unterzog; sie erwiesen sich als Gruppen von kleinen Drüsen; eine etwas grössere Verdickung in der Highmorshöhle als Cyste.

Nur durch systematische microscopische Untersuchungen vielfacher Schleimhautpartikelchen, die man eins nach dem andern im Bereiche der Choanen, Wandungen der einzelnen Nasengänge



entfernt hatte, konnte man ein genaues Bild über die Vertheilung des pathologischen Processes in der Nasenschleimhaut gewinnen. Man verfuhr dabei wie folgt: ein gewisses Territorium der Mucosa wurde gewöhnlich von allen Seiten bis auf den Knochen in Form eines schmalen, langen Rechteckes mit scharfem Skalpell oder Rasirmesser abgeschnitten, vom Knochen abgelöst (das gelang immer leicht und fast stets ohne Beschädigung des Partikelchens) und alsdann auf gewöhnliche Weise in Celloidin eingebettet, oder (viel seltener) auf einem Gefriermicrotom zerkleinert. Man sah sich nie veranlasst, den darunterliegenden Knochen auszusägen und zu untersuchen, da der pathologische Process ausschliesslich sich auf der Mucosa bald oberflächlicher, bald tiefer localisirte und nie sich so weit vertiefte, dass man ein Uebergreifen auf den Knochen hätte constatiren können.

Die Schnitte wurden gewöhnlich mit Hämatoxylin tingirt, welches ja, wie bekannt, die Sclerombacillen genügend färbt; auch kamen zur Verwendung Anilinfarben nach den verschiedensten Methoden, die von den Autoren in Vorschlag gebracht worden waren. Wir wollen gleich hier bemerken, dass in unserm Fall die besten Resultate mit der Löffler-

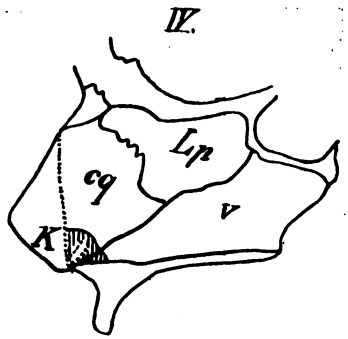
Digitized by Google

schen Methylenblaulösung im Laufe von 24h und vorsichtigem Entfernen des Farbenüberschusses durch schwache Essigsäure und dem Entwässern durch Alcohol erzielt wurden. Lag ein Präparat in der tingirenden Flüssigkeit nur kurze Zeit (1/2—2h), so vermied man sogar die Anwendung von absol. Alcohol, geschweige die der Essigsäure, weil wir uns überzeugt hatten, dass die kleinsten Microorganismen und selbst die Kapseln der grösseren oft bei diesem Verfahren entfärbt wurden.

Bei der microscopischen Untersuchung fand man:

1) dass die specifischen Infiltrate in der Nasenschleimhaut in Form von isolirten Herden verschiedener Grösse hauptsächlich in den vorderen und hinteren Abschnitten der Nase localisirt, eingestreut lagen;

2) dass alle oben angeführten Defecte und Erosionen — Defecte und Erosionen einer specifisch infiltrirten Schleimhaut darstellen und bis zu einem gewissen Grade durch die Localisation die Verbreitung der Infiltrate bestimmen. An Stellen, wo die Erosionen im Be-



reiche der eigenen Schleimhaut zu liegen kommen (mit Flimmerepithel bedeckt), überschreiten die Infiltrate sehr wenig die Grenzen der Erosionen; an den vordersten Theilen der knöchernen Nase, wo dieselbe mit mehrschichtigem Epithel bedeckt ist, nehmen die Infiltrate eine viel grössere Ausdehnung ein, als die ihnen entsprechenden Erosionen (cfr. Fig. I—IV).

3) dass es kleine Infiltrate der Mucosa gebe, welche mit unbewaffnetem Auge nicht sichtbar und nur durch das Microscop festgestellt worden sind.

In beiden Nasenhöhlen betraf die specifische Affection nur die unteren und mittleren Nasengänge, die untere und mittlere Muschel sowie auch das Septum narium. Die oberen Gänge und Muscheln blieben frei.

Die grössten Infiltrate befinden sich zu beiden Seiten, am Eingang in die knöcherne Nase, im Vestibulum des mittleren Nasengangs, zum Theil in ihm selbst (Fig. II *F*, Fig. I *A*, *B*, C), sowie auch am Septum cartilag. der Nase (Fig. III und IV *K L*). Der untere Nasengang ist nur rechts und in geringer Ausdehnung betroffen.

Digitized by Google

Die kleinen Infiltrate liegen am hinteren Ende der mittleren Muscheln (Fig. I *E* und Fig. II *G*), am hinteren Theil der linken unteren Muschel (Fig. II *H*) und im rechten mittleren Nasengang (Fig. I *D*). Das Infiltrat *G* zieht sich als schmales Streifchen fast bis zur Hälfte der linken mittleren Muschel und stellt eine lange, macroscopisch sichtbare Erosion dar. Das Infiltrat *E* tritt deutlich als knotenförmige Verdickung der Mucosa hervor. Die beiden übrigen Infiltrate (*D* und *H*) fand man nur bei microscopischer Untersuchung der betreffenden Abschnitte der Mucosa.

Bemerkenswerth ist der Umstand, dass die vorderen Enden der beiden mittleren Muscheln nicht ergriffen waren, trotz der unmittelbaren Nähe der grössten Scleromherde.

Man studirt am bequemsten den microscopischen Bau der Infiltrate, wenn man mit den kleinsten, an den hinteren Theilen der Muscheln sich befindenden beginnt, da eben sie dem Initialstadium des Scleroms entsprechen.

Bei geringer Vergrösserung sieht man, dass diese Infiltrate aus eng gehäuften, rundzelligen Elementen, die unmittelbar unter dem Epithel die obere Schicht der Mucosa einnehmen, bestehen. Die Dicke der kleinen Infiltrate schwankt von $^1/_2$—$1^1/_2$ Mmtr. (cfr. Tafel, Fig. 7 *i i*). Im Centrum sind sie gewöhnlich am dicksten; zur Peripherie hin verjüngen sie sich allmählig, indem sie in das normale oder leicht infiltrirte Gewebe der Mucosa übergehen. Die untere Grenze der Infiltrate ist ziemlich deutlich ausgesprochen, wenngleich man sie nicht als scharf conturirt bezeichnen kann. Das ursprüngliche Gewebe der Mucosa ist vollständig durch das Infiltrat ersetzt; nur an peripherischen Theilen sieht man zuweilen Drüsenüberbleibsel in Form von einzelnen Acini oder Ausführungsgängen.

Die peripherischen Abschnitte des Infiltrats sind mit fast normalem Flimmerepithel bedeckt, ausgenommen das Auftreten von Vacuolen hier und da in den Epithelzellen. Je näher dem Centrum, desto dünner wird die Epithelschicht, veranlasst durch ein Kürzerwerden der Epithelzellen, wobei das Protoplasma sich allmählig trübt.

Die Flimmerzellen verlieren ihre Härchen, werden oval, runden sich ab oder werden auch fast spindelförmig, gleichsam abgeplattet; unter ihnen sieht man runde Zellen, polynucleare Leucocythen, zuweilen Zellen, die an epithelioide erinnern.

Das Centrum ist oft epithelfrei, wobei oft sogar die oberflächlichen Zellen und ganze Schichten des Infiltrates selbst untergehen.

Im ersten Fall traf man auf der entblössten Oberfläche des Infiltrats stellenweise kleine Inselchen veränderten Epithelüberzuges an; die unversehrt gebliebenen entsprachen den Ausführungsgängen der zerstörten Drüsen. Das Infiltrat ist stellenweise nur mit einer Schicht von Zellen, die sehr ähnlich den Ersatzzellen aussehen, bedeckt. Zuweilen beobachtete man, dass, je näher dem Centrum, das Cylinderepithel sich ziemlich rasch in mehrschichtiges, dem mehrschichtigen Pflasterepithel ähnliches verwandelte.

Die Reste des Epithelüberzuges und die runden Zellen des Infiltrats sind stellenweise so eng mit einander vermischt, dass man sie unmöglich von einander trennen kann.

Digitized by Google

Den wesentlichen Bestandtheil der Infiltrate bilden die rundzelligen Elemente, dann Zellen mit Bacterien, sogen. Mikulicz'sche Zellen, freie Gruppen von Bacterien, hyalin degenerirte Zellen und hyaline Körper.

Der grösste Theil der zelligen Elemente nähert sich seinen Eigenschaften nach den epithelioiden Zellen, zwischen ihnen liegen eingestreut ziemlich viel kleine runde Zellen mit intensiv und gleichmässig tingirten Kernen und spärlichem Protoplasma. Ziemlich häufig findet man zellige Elemente mit eigenthümlicher Vertheilung des Chromatins: hart an der Peripherie des Kerns sind 1, 2, 3 und 4 stark tingirte, mehr oder weniger regelmässige Halbmonde zu sehen.

In der unteren Peripherie des Infiltrats, im Bereiche des ursprünglichen Bindegewebes, trifft man in ziemlich grosser Menge spindelförmige Elemente mit spindelförmigen Kernen verschiedener Grösse an.

Das ursprüngliche Gewebe ist im Centrum durch das Infiltrat ganz ersetzt. Massenhafte Capillaren durchziehen dasselbe nach verschiedenen Richtungen; in kleinen Infiltraten verlaufen die Gefässe meistentheils senkrecht zur Oberfläche; die derselben am nächsten gelegenen übertreffen die normalen um das 3—4fache an Breite und strotzen von Blut; dagegen sind die Capillaren an der Basis des Infiltrats fast immer von gewöhnlichem Kaliber. Niemals traf man irgend welche Veränderungen an den Zellen der Gefässwandungen und zwar keine Mitose (an den Spiritus-Präparaten) an.

Arterien und Venen etwas grösseren Kalibers findet man sehr selten in den Infiltraten jüngeren Ursprungs; die Adventitia der Gefässe ist gewöhnlich stark infiltrirt.

Im Centrum des Infiltrates waren keine Drüsen anzutreffen; an der Peripherie weniger oder mehr zurückgebliebene Reste derselben — einzelne Acini, Ausführungsgänge; die der äussersten Grenze der Peripherie zunächst liegenden Drüsen waren noch heil, nur dass im Zwischengewebe derselben die Infiltration bereits begonnen hatte.

In der Vertheilung Mikulicz'scher Zellen des Infiltrates zeigt sich eine gewisse Regelmässigkeit; sie liegen in den oberflächlichen (subepithelialen) Schichten oft dicht an einander gedrängt, nur hie und da durch Zwischenschichten von runden Zellen längs der Capillaren getrennt. Ihre Zahl ist, im Gegensatz zur Winzigkeit der Infiltrate selbst, sehr gross. In den tieferen Schichten des Infiltrats trifft man die Mikulicz-schen Zellen und freien Häufchen von Bacillen vereinzelt, selten zu Gruppen geordnet an; überhaupt ist ihre Zahl nach der Peripherie und Tiefe hin stark vermindert. Einzelne Gruppen derselben jedoch konnte man nahe der untersten Grenze der Infiltrate antreffen.

Hyalin degenerirte Zellen und Haufen hyaliner Kugeln sind ziemlich selten. Endlich sind hie und da unbedeutende Ablagerungen von Blutpigment anzutreffen.

Das nächste, spätere Entwickelungsstadium des Scleroms sind Infiltrate mit oberflächlichen Substanzverlusten, welche mit blossem Auge sichtbar sind. Solchen Characters sind die Infiltrate *G* (Fig. II), die hinteren Abschnitte *C* und *A* (Fig. I) und zum Theil *L* (Fig. III), d. h. diejenigen Abschnitte derselben, welche im Bereiche der mit Flimmerepithel bedeckten Mucosa liegen (Taf., Fig. 9).

Digitized by Google

Was die Erosionen und Ulcerationen auf der Oberfläche der genannten Infiltrate betrifft, so muss gleich hier bemerkt werden, dass bei ihrer Entstehung eine nicht unbedeutende Rolle die anhaltenden Pinselungen mit conc. Milchsäurelösungen, noch mehr aber die wiederholten Entfernungen von Gewebspartikeln in den vorderen Abschnitten der Nase gespielt haben.

Aber selbst an den ersten Gewebspartikeln, also noch vor der Behandlung mit Milchsäure, war das Epithel bloss an den Randpartieen anzutreffen, mithin fehlte der Epithelüberzug schon damals am afficirten Gewebe. Die Erosion im Verlaufe des Randinfiltrates an der linken mittleren Muschel (*G*) ist nicht das Resultat unserer Eingriffe, weil bei Lebzeiten des Pat. man hier an eine specifische Affection nicht dachte und andererseits das Vordringen in diese Region in Folge der bedeutenden Verengerung des linken Nasenganges durch den stark entwickelten Vorsprung am Septum unmöglich war. Dasselbe gilt auch von der Erosion *C* im Bereiche des rechten unteren Nasenganges, denn sie war von oben und vorn durch den vorderen Rand der unteren Muschel gut geschützt.

Diese Infiltrate sind von grösseren Dimensionen, wobei sie mehr in die Tiefe der Mucosa als die der ersten Categorie eindringen. Uebrigens herrscht keine Proportionalität zwischen der Flächen- und Tiefen-Ausdehnung der Infiltrate, mit anderen Worten, die Vergrösserung greift hauptsächlich in die Breite und nicht in die Tiefe.

Die Erosionen sind hier nicht nur durch Zerstörung der Epithel-, sondern zum Theil auch der oberflächlichen Schichten des Infiltrats selbst entstanden und können somit als sclerom atöse Ulcerationen bezeichnet werden. Ihre Ränder überragen mehr weniger das Niveau des Ulcerationsgrundes, welcher durch Infiltrationsüberbleibsel gebildet wird. Zuweilen bestand dieser letztere nur aus der unteren Grenzschicht, dessen rundzellige Elemente zwischen den Fasern des an spindelförmigen Elementen reichen Bindegewebes eingelagert waren; diese so wie auch Uebergangsformen zwischen ihnen und den runden konnte man hier ziemlich häufig antreffen. Mikulicz'sche Zellen und Bacillenhäufchen waren hier in geringer Zahl. Solche Bilder boten der Defect *L* an der Nasenscheidewand und die centralen Partieen des Defects *A*, welche am meisten den Eingriffen ausgesetzt gewesen (Pinselungen mit Milchsäure, zum Theil Entfernung von Gewebspartikeln), dar. In den Infiltraten *G* und *C* bestand die entblösste Oberfläche stellenweise durchweg aus Mikuliczschen Zellen.

An einigen Stellen der Infiltrate *A*, *B* und *L*, hauptsächlich an den Rändern, war die übrig gebliebene Schicht noch ziemlich dick und an der Oberfläche mit Mikulicz'schen Zellen und Bacillenhäufchen reichlich besät. Die tiefen, unter den Infiltraten der ersten Kategorie fast unveränderten Schichten der Mucosa waren hier an vielen Stellen vom Process stärker ergriffen (cfr. Taf. Fig. 9). So stiess man hier auf ziemlich viel zerstreut liegende spindelförmige Elemente; hier zogen nach verschiedenen Richtungen schmale lange Streifen eines rundzelligen Infiltrats längs der Capillaren; hier und da inselförmige Häufchen von runden Zellen; einzelne Bindegewebsbüschel drangen mehr weniger tief von unten nach oben in das Infiltrat selbst ein.

Digitized by Google

Die hier verlaufenden kleinen Arterien und Venen waren von dichten Haufen runder Elemente, welche die Adventitia und Media infiltrirten, umgeben.

Auf Drüsen stiess man selten an der Peripherie in Form von Resten der Ausführungsgänge oder einzelner Acini mit gut erhaltenem Epithel (cfr. Taf. Fig. 9). An den Drüsen der noch gesunden Umgebung sah man Beginn der Infiltration des intraacinösen Bindegewebes.

Hyalinmassen traf man hier etwas mehr als in den vorhergegangenen an.

Im Bereich des knöchernen Naseneinganges, von wo man wiederholt Gewebsstücke herausgeschnitten hatte, blieb vom specifischen Infiltrat, und auch nicht überall, blos die untere Grenzschicht übrig.

Die tiefen Schichten haben hier das Aussehen einer massiven, bindegewebigen Verdickung, welche durch Zwischenlagen von Infiltraten den Capillaren und kleinen Gefässen entlang durchfurcht wird; hier und da trifft man in der Tiefe ziemlich grosse Herde von rundzelligen Elementen. Adventitia und Media der kleinen Arterien und Venen sind stark infiltrirt.

Zu beiden Seiten des Septums befanden sich verhältnissmäsig ziemlich tiefe, aber schmale scleromatöse Defecte; die Ränder derselben schienen oft unterminirt und überragten den Defectgrund.

Auch in diesem Fall entstanden die Ulcerationen durch Schwund des Epithels und der oberflächlichen Infiltratschichten; allem Anscheine nach war dies hauptsächlich bedingt durch die Milchsäure-Pinselungen (vom Septum waren keine Gewebspartikelchen entfernt worden). Es scheint, als ob das Plattenepithel den infiltrirten Partien viel adhärenter anhaftet, sich langsamer und nicht in so grossen Dimensionen abstösst, als das Flimmerepithel an der Schleimhaut; deshalb ist die Verbreitung der Infiltration jenseits der Ulcerationsränder viel weiter als auf der Mucosa.

Das Epithel der Defectränder unterscheidet sich nur dadurch vom normalen, dass zwischen seinen Zellen auch mono- und polynucleäre Leucocythen vorkommen. Betrachtet man den Geschwürsgrund dieses Abschnittes, besonders an den steil abfallenden Rändern, so stösst man zuweilen auf eine solche grosse Menge von Bacillen, frei und in Zellen eingebettet, wie wir nur selten in den Erosionen der früheren Gruppe anzutreffen Gelegenheit hatten.

Die nach Angabe vieler Autoren stärkere Entwickelung intrapapillarer Epithelialzapfen war in unserem Falle nur schwach ausgesprochen.

Es muss mit einigen Worten nur eines einzigen kleinen, an dem hintern Rande der rechten mittleren Muschel befindlichen geschwulstartigen Infiltrats gedacht werden. Das Epithel bietet alle die früher bereits angeführten Veränderungen der Zellen dar, es ist überall erhalten geblieben, stellenweise macht es den Eindruck, als ob es aus einer Schicht Ersatz-Zellen bestehe. Die obere Schicht des Gewebes selbst zeichnet sich erstens durch die reiche Fülle prächtig entwickelter Mikulicz'scher Zellen, zweitens durch eine bedeutende Menge von Capillaren aus; kleine Arterien und Venen trifft man hier häufig an, sie liegen zwischen dicht gehäuften Massen runder Zellen, welche die Adventitia derselben infiltriren. Wenngleich das Infiltrat von geringer Ausdehnung und allem Anscheine nach erst kurz entstanden, so findet man doch in seinen unteren Abschnitten viele dicke, in die Tiefe eindringende Bindegewebsbüschel.

Digitized by Google

Das Cavum pharyngo-nasale. Die bereits oben angeführte unbedeutende Verdickung im Bereiche des hinteren Randes des Septum narium erwies sich als Scleromherd und hing unmittelbar mit dem Infiltrat am weichen Gaumen zusammen, weshalb auch hier von ihm die Rede sein soll.

Das Infiltrat nimmt den hinteren unteren Rand des Septums in einer Ausdehnung von 5—6 Mm. ein und überschreitet etwa 3 Mm. die rechte Seite des Septums (in der rechten Nasenhöhle). Seine Hauptmasse befindet sich in der Dicke des fibrösen Gewebes und ist vom Epithel durch eine unbedeutende Schicht desselben separirt. Das ursprüngliche Gewebe ist bei weitem nicht vollständig durch das Infiltrat ersetzt, denn zahlreiche gewundene Büschelchen und grössere Büschel des Gewebes dringen in die Dicke des Infiltrats ein und zwar fast immer parallel der freien Oberfläche der Mucosa. In ihm befinden sich eine grosse Menge Mikulicz'scher Zellen und Gruppen freier Bacillen, die in der Mitte ziemlich gleichmässig vertheilt sind. Von diesem Hauptinfiltrat dehnen sich nach hinten, parallel der Oberfläche des weichen Gaumens, im Bereiche der Schleimhaut und der fibrösen Schicht, Zellen-Zwischenschichten bald mehr, bald weniger weit aus. Hier findet man stets ein Capillargefäss, eine kleine Arterie oder Vene, denen entlang sich runde Zellen ablagern; am allermeisten nach hinten erstreckt sich die oberflächlichste subepitheliale Schicht; letztere ist sehr dünn, stellenweise fast unterbrochen, stellenweise wird sie jedoch dicker und sendet in die Tiefe Sprösslinge, die wiederum ihrerseits dünne Bälkchen nach hinten und vorne, der Gaumenoberfläche parallel, von sich schicken.

Das Infiltrat, welches an der vorderen Grenze der oberen Gaumenschicht der Drüsen endet und sogar einen Theil der nächstliegenden ergreift, zieht sich nach hinten bis etwa 1 Ctm. von der Basis des Septums und erreicht nicht den Eingang in die Tubae Eustachii. Links von der Medianlinie ist die afficirte Gaumenoberfläche etwas kleiner als rechts. Unweit von der hintern Grenze des Infiltrats stösst man vorzüglich auf Mikulicz'sche Zellen, die hauptsächlich sich in der oberflächlichen Schicht befinden, aber auch in den tieferen Regionen anzutreffen sind. (Tafel, Fig. 4 *b b* — Fundorte der Bacillen.)

Der übrige Theil der oberen und unteren Fläche des weichen Gaumens, die Bogen, Tonsillen und die hintere Pharynxwand bieten keine Abweichungen dar.

Unberührt vom specifischen Process sind das Gewölbe des Cavum paryngo-nasale, die Luschka'sche Drüse und die Rosenmüller'schen Gruben geblieben.

Die Tubae Eustachii sind in ihrer ganzen Ausdehnung vom Ostium tympanicum bis zum Ostium pharyngeum, sowie auch die Schleimhaut der Paukenhöhlen und die Membranae tympani untersucht worden. In den Paukenhöhlen fand man Ueberbleibsel eines Exsudats in Form einer schmierigen Masse, das sich als Detrit erwies. In der Mucosa des Cavum tympani (auf der Membran und inneren Wand) fand man hier und da Subepithelial-Streifen eines rundzelligen Infiltrats; Bacillen und Mikulicz'sche Zellen waren weder hier noch auf der Mucosa der Tubae Eustachii anzutreffen.

(Schluss folgt.)

* * *

Digitized by Google

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Horizontalschnitt der hinteren Larynxwand.
e — mehrschichtiges Plattenepithel; *e'* — Querschnitte der Epithelzapfen; *v v* — Venen; *g* — Drüsen; *c* — Knorpel.
Gefärbt mit Hämatoxylin; Vergrösserung = 15.

Fig. 2. 3tägige Kultur von Sclerombacillen auf Agar-Agar. Tingirt mit einer wässerigen Gentianalösung, entfärbt durch Nelkenöl (nach Mibelli).
Vergrössorung = 750.

Fig. 3. Frontalschnitt durch die Mitte des linken Stimmbandes bis zum Niveau des ersten Trachealknorpels.
a — Arterien; *v* — Vene; *e* — Epithel, das vom subepithelialen Infiltrat *i* durch eine zickzackartige Linie getrennt ist; *i'* — inselförmige Infiltrate im neugebildeten fibrosen Gewebe zwischen dem Muskel *m* und dem Winkel des Stimmbandes (oberes *e*); *d* — Drüsenausführungsgänge; *g* — infiltrirte Drüsen.
Färbung mit Hämatoxylin. Vergrösserung 15.

Fig. 4. Infiltrat der Oberfläche des weichen Gaumens.
e — mehrschichtiges Plattenepithel; *i* — Sclerominfiltrat; *b b* — Microbenfindungsorte; *m* — Muskel.
Tingirt mit Safranin. Vergrösserung = 60.

Fig. 5. Mikulicz'sche Zellen.
a, *b*, *c*, *d*, *e* und *f* — Anfangs-, *g* und *h* — spätere Entwicklungsstadien Mikulicz'scher Zellen.
Zellen von *a* — *h* mit Methylenblau tingirt; *k* mit Carbolgentiana, in welch' letzterer die Microben mit den Kapseln gefärbt sind.
Vergrösserung = 500.

Fig. 6. Hyalin degenerirte Zellen — *a*, *d*, *e* und *f*; *b'c* — freie Hyalinschollen; *a* mit Hämatoxylin und Carbolfuchsin gefärbt (nach Gram). *b* mit Carbolgentiana (nach Gram); *c*—*f* mit Löffler'scher Methylenblaulösung. Alle mit Ausnahme von *b* enthalten Bacillen oder Coccen.

Fig. 7. Infiltrat der Mucosa des hinteren Randes der linken unteren Muschel.
e — Epithel; *i* — Sclerominfiltrat; *g* — Drüsen; *v* — Venenspalten.
Tingirt mit Hämatoxylin. Vergrösserung = 30.

Fig. 8. Scleromgewebe (aus der Höhle der knorpligen Nase des zweiten Kranken). Reichliches Vorhandensein Mikulicz'scher Zellen von allen möglichen Formen und Dimensionen.
c — Capillare.
Präparat aus Osmiumsäure, tingirt mit Hämatoxylin. Vergr. = 500.

Fig. 9. Stück der Erosion der infiltrirten Mucosa aus dem rechten unteren Nasengang.
e — Epithel: *e'* — abgestossenes Epithel und Schleim; *g* — unveränderte, *g'* — sich in Zerstörung befindliche Drüsen (höher — Reste von Drüsen und Ausführungsgänge), *a* — Arterien; *er* — Erosion.
Gefärbt mit Hämatoxylin. Vergrösserung = 30.

Fig. 10. Bacillen in Vacuolen des Flimmerepithels.
e — Flimmerepithelschicht; *vc* — Vacuolen ohne Bacillen; *v'c'* — Vacuolen mit Bacillen; *Mc* — Mikulicz'sche Zellen in der Mucosa.
Tingirt mit Löffler'scher Methylenblaulösung. Vergr. = 750.

Fig. 11. Aus dem Subepithelialinfiltrat des Larynx. Mikulicz'sche Zellen mit sehr kleinen Bacillen.
Tingirt mit Carbol-Gentiana, entfärbt mit stark verdünnter Essigsäure und Alcohol. Vergrösserung = 500.

Fig. 12. Scleromgewebe aus einem alten Knoten des Nasenflügels. Zwei Vacuolen mit kapseltragenden Bacillen; freie Bacillen zwischen den Zellen, *h* — hyalin degenerirte Zelle.
Gefärbt mit Carbol-Fuchsin. Vergrösserung = 500.

Digitized by Google

Alle Figuren (mit Ausnahme von 1 und 4) sind von mir unter Leitung des Herrn Prof. Dr. E. Ziegler, welchem ich hiermit für liebenswürdige Durchmusterung der Präparate meinen wärmsten Dank ausspreche, angefertigt worden. Fig. 2, 6 und 8 befinden sich in der VII. Auflage seines Lehrbuches.

Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand.

Von

C. Ziem.

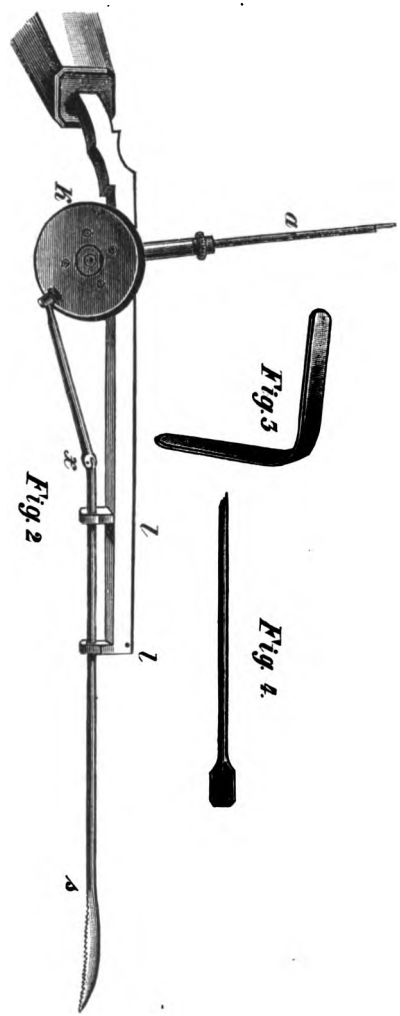
„M. H.! In No. 10 der Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1881 findet sich eine Arbeit von C. Astier in Paris über Behandlung der Verengerungen der Nase, in welcher zur Beseitigung hypertrophischer Nasenmuscheln in ihrer Gesammtheit und besonders auch von Verbiegungen und Vorsprüngen der Nasenscheidewand die Anwendung der Rotationsmaschine der Zahnärzte empfohlen wird. Und zwar hat Astier eine in einer Art Gabel angebrachte Kreissäge von 4—10 Mm. Durchmesser mit der Rotationsmaschine in Verbindung gesetzt, in der Art, dass wenn eine auf die Spirale des Umlaufs aufgesetzte Scheibe sonst in der Frontalebene sich dreht, dieselbe jetzt durch eine des Näheren nicht geschilderte Uebertragung in der Sagittalebene sich bewegt. Nach Cocainisirung der Nasenschleimhaut setzt man, bei guter Beleuchtung natürlich, die Säge an den zu beseitigenden Vorsprung auf und drückt sie immer tiefer in die Nasenhöhle hinein, so lange man noch einen Widerstand fühlt. Die Operation dauert nur ein paar Secunden und empfiehlt sich besonders wegen dieser gegenüber den bisherigen Verfahren so ausserordentlichen Schnelligkeit. Unter mehr als 200 Operationen ist nur einmal ein ernsterer Zwischenfall, eine stärkere Blutung, und zwar bei einem Hämophilen aufgetreten, sonst wurde nur einige Male über kurzdauernde Schmerzen in den Schneidezähnen geklagt.

Diese Mittheilung hat mich meinerseits besonders auch darum interessirt, weil ich eine mit der Rotationsmaschine in Verbindung gesetzte Säge zur Beseitigung von Auswüchsen und Verdickungen der Nasenscheidewand bereits seit längerer Zeit selbst anwende. Die erste Operation der Art, die aus einem später anzuführenden Grunde allerdings nicht vollendet wurde, habe ich am 24. März 1891 bei einem 5jährigen Kinde gemacht. Ein sehr guter Erfolg wurde dann im Mai 1891 bei Fräulein W. erzielt, welche Herr San.-Rath Lissner in Kosten bei Posen mir gütigst überwiesen und bei welcher ausser einer sehr bedeutenden Eiterung der linken Oberkieferhöhle eine fast vollständige Versperrung des linken Naseneingangs bestand durch eine Ecchondrose des vorderen Abschnitts des Septum. Abgesehen von anderen Fällen der Art ist die Säge noch in diesen Tagen bei einem Kranken aus der Praxis des Herrn Collegen Dr. Feege in Marienwerder mit gutem Erfolge angewendet worden, bei welchem durch Einbiegung des knorpligen Nasenseptum die linke Nasenhälfte fast vollständig undurchgängig war.

Das von mir benutzte Instrument ist etwas anders construirt, als das von Astier empfohlene und die Herren Fabrikanten Hahn und

Digitized by Google

Löchel[1]) haben mir auf meinen Wunsch, eine durch die Rotationsmaschine zu treibende Säge anzufertigen, ein wirklich sehr ingeniöses Instrument geliefert unter Benutzung der bei der Nähmaschine verwertheten Uebertragung. Es ist nicht eine Kreissäge, sondern eine in horizontaler Richtung wirkende Stichsäge, die mittels Bajonnetverschlusses durch den Stift *a* an die Spirale des Umlaufs angesetzt wird (Fig. 2)[2]). Der Stift steht an seinem anderen Ende mit der Kreisscheibe *k* in fester Verbindung, so dass dieselbe die Drehungen des Stiftes mitmacht. An der sagittal stehenden Scheibe sind 5 excentrisch und in je 4½, 5, 6, 7 und 9 Mm. Abstand vom Centrum gelegene Löcher angebracht, in welche die bei *x* kniefömig gegliederte und durch das Lager *l l* in sagittaler Richtung geführte Säge *s* eingeschraubt wird. Wird die Säge in das am meisten peripherisch gelegene Loch befestigt, so ist ein Ausschlag von 18 Mm. gegeben; wird sie in das nächst dem Centrum gelegene Loch befestigt, ein Ausschlag von 9 Mm. Durch Modificationen in dem Durchmesser der Kreisscheibe und der Länge der Säge können natürlich die verschiedensten Combinationen dargestellt werden und es ist sehr möglich, dass für diesen oder jenen Fall eine Aenderung im Grössenverhältniss der einzelnen Theile wird vorgenommen werden müssen.



Mit diesem Instrumente kann man nun eine Ecchondrose oder Exostose oder eine Verbiegung der Nasenscheidewand mit der allergrössten, mit geradezu erstaunlicher Geschwindigkeit abtragen, indem man nach Anästhesirung der Nase, bei guter Beleuchtung, am einfachsten bei direct auffallendem Sonnen- oder hellem Tageslicht und nach Einführung eines Nasentrichters oder auch nach Abziehen des Nasenflügels mittels

[1]) Danzig, Langgasse; Preis der Säge 30 Mk.

[2]) Den Holzstock verdanke ich der Güte des verstorbenen Geh. Rath S. Guttmann. Mein jetziges Modell ist allerdings etwas verändert (s. unten), doch habe ich davon abgesehen, einen neuen Holzstock anfertigen zu lassen.

Digitized by Google

eines platten Hakens, an den zu entfernenden Vorsprung mit der Säge herangeht, letztere fest aufsetzt und von einem geeigneten und mit einem guten Fussgelenk begabten Gehilfen, einem flotten Tänzer oder einer flotten Tänzerin, den Trieb nun in schnelle Bewegung setzen lässt. Während aber Astier im Falle einer Blutung die Operation unterbricht, um die Nase zeitweise zu tamponiren, ein Verfahren, das unter Umständen doch recht langwierig werden dürfte, kann man unbekümmert, ob es so oder so stark blutet und ob man das Operationsfeld der Blutung wegen vollkommen übersieht oder nicht, die Operation ruhig vollenden, sofern man eine schmale, rechtwinklig gebogene Metallplatte (Fig. 3), deren ich von 2,5—6,0 Ctm. Länge und von 2—10 Mm. Breite besitze, unter den zu entfernenden Vorsprung gleich von Anfang untergeschoben hat, so dass man auf die Platte lossägen kann. In Ermangelung solcher Platten hat in meinem ersten Falle die Operation so nicht vollendet werden können. Für den Fall, dass ein Rest des Vorsprungs stehen geblieben und mit der Säge nicht mehr zu fassen sein sollte, kann man denselben entweder mittels des Galvanocauters zerstören oder, wieder unter Benutzung des Umlaufs, auch abfeilen (Fig. 4), natürlich unter Schützung der gegenüberliegenden Theile, so wie ich das vor mehreren Jahren und ehe eine einschlägige Mittheilung von G. Sandmann noch erschienen war, öfters gemacht habe. Nach der Operation lege man Streifen von Jodoformgaze oder dergl. ein, um jede Verwachsung der operirten mit einer gegenüberliegenden Stelle zu hindern, da Neigung zu einer solchen manchmal vorhanden ist.

Mit Astier glaube ich, dass das Absägen der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand, sei es nun mit der Kreissäge, sei es mit der Stichsäge, andere, durch das Auftreten von Blutungen manchmal recht umständliche Verfahren verdrängen wird. Was insbesondere noch die neuerdings viel geübte Abtragung mittels so oder so geformter Meissel betrifft, so habe ich durch die Güte des Herrn Collegen Brügelmann in Paderborn Anfangs 1891 eine Kranke aus unserer Provinz gesehen, bei welcher durch die anderwärts ausgeführte, 1½ Stunden dauernde und mit starker Blutung verbundene Meisseloperation die Nase zwar frei geworden, zugleich aber auch eine Perforation des Septum in der Grösse eines 20 Pfennigstückes zu Stande gekommen ist. Auch bei Operation mit der Säge könnte unter Umständen, besonders in dem Streben, die Sache recht gründlich zu machen, d. h. wenn man die Basis der Ausbiegung oder des Auswuchses gar zu dicht am Septum fasst, eine Perforation wohl zu Stande kommen, stärkere Blutungen aber scheinen, besonders auch nach der reichen Erfahrung von Astier, hierbei doch selten einzutreten, was sich wohl daraus erklärt, dass mit der Säge gemachte Wunden eine Art Risswunden darstellen.

Die Rotationsmaschine[3]), die zur Anbohrung der Kiefer-, Keilbein- und Stirnhöhle, in der Praxis Mancher auch zur Eröffnung des Antrum mastoideum, ferner zur Durchbohrung von Exostosen des äusseren Gehörgangs, knöcherner oder knorpliger Atresien der Choane, zur Anlegung von Knochennähten bei Brüchen der Kniescheibe und bei der Arthrodese, zur Trepanation des Schädels mittels Billroth's Kreissäge und wohl

[3]) Mechaniker G. Müller, Berlin SO., Brückenstr. 10.

Digitized by Google

noch zu anderen Operationen, wie z. B. zur Resection des Oberkiefers und Unterkiefers, der Rippen, des Brustbeins und Rückgrats so vortreffliche Dienste leistet oder noch leisten wird, und welche die Erschütterung der Gewebe, den in der gegenwärtigen, bacteriensüchtigen Zeit zu wenig berücksichtigten Traumatismus von Pirogoff, auf das geringst mögliche Maass herabsetzt, hat durch Combination mit der schon von Bosworth, H. Krause u. a. A. empfohlenen, an und für sich aber wenig leistungsfähigen Handsäge eine nützliche Verwendung hiermit auf's Neue gefunden."

* * *

Dass der vorstehende Vortrag schon im März 1892 im ärztlichen Verein zu Danzig gehalten, dann an die Redaction der Deutschen med. Wochenschrift eingesendet, nach Monaten, im December 1892 von derselben zurückverlangt, die Säge mich besuchenden Specialisten aus Königsberg, Warschau, Berlin und Glasgow und einer Reihe von practischen Aerzten demonstrirt und von mehreren Collegen auch gekauft worden ist, das kann Herr College G. Spiess in Frankfurt a. M., der Autor eines sehr ähnlichen, auf Anwendung des Electromotors gegründeten, im Ambulatorium von M. Schmidt und G. Spiess gebräuchlichen und in B. Fränkel's Archiv I, 3 beschriebenen Verfahrens, natürlicher Weise nicht wissen. Jedoch habe ich mein Verfahren in Natier's Revue internationale de Laryngologie 1892, No. 4, bereits beschrieben, auf welche Arbeit Mr. Natier am 25. Decbr. v. J., in No. 24 seiner Revue, die Aufmerksamkeit nochmals freundlichst gelenkt hat und von welcher ich Sep.-Abdrücke an verschiedene Specialisten versendet habe, ausserdem habe ich in mehreren Zeitschriften auf diese meine Publication gelegentlich mich bezogen[4]). In No. 24 von Natier's Revue 1893 findet sich übrigens auch die Anwendung des electrischen Motors beschrieben, nach 42 Beobachtungen von W. Scheppegrell in New-Orleans. Inzwischen d. h. seit 2 Jahren, habe ich einige Modificationen an dem Instrumente anbringen lassen: es ist 1) im Ganzen solider und in seinen Proportionen, besonders auch in der Länge des Lagers geeigneter geworden, 2) kann jetzt das Sägeblatt innerhalb des Lagers nach Lockerung einer Klemmschraube abgenommen und gewechselt werden, 3) sind die Sägeblätter etwas breiter und länger geworden, bis 11 Ctm. lang, so dass man nun auch in der Tiefe der Nase sägen und mittels derselben oder noch etwas längerer und am einfachsten unter Leitung des Fingers auch Auswüchse am hinteren Rande des Septum hiermit abtragen kann. Will Jemand das Instrument durchaus mit dem electrischen Motor in Verbindung setzen, so mag er das thun: ich meinerseits verbleibe nach wie vor bei der Rotationsmaschine, besonders auch im Hinblicke auf eine schon vor 3 Jahren von einem Fachmanne mir gemachte Mittheilung

[4]) Vergl. meine Arbeit über Iritis bei Eiterung der Nase, Wiener klin. Wochenschr. No. 29, 1892 und New-Yorker med. Monatsschr., Mai 1892, sowie Gouguenheim's Annales des maladies de l'oreille, Januar 1893, und meine Arbeit über Palpation des Nasenrachenraumes, Therapeut. Monatshefte 1892, August.

Digitized by Google

über leichtes Eintreten von Störungen in der Praxis der Zahnärzte bei electrischem Betriebe. Im Uebrigen stimme ich Scheppegrell darin bei, dass es nicht nothwendig ist, jedwede Verbiegung der Nasenscheidewand operativ anzugreifen und in vielen Fällen reicht es aus, was übrigens schon Hack hervorgehoben hat, die so oft gleichzeitig vorhandene Anschwellung der Schleimhaut der Nasenmuscheln zu beseitigen, natürlich nicht durch die rein symptomatische Behandlung mittels des Galvanocauters, als durch Beseitigung einer Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen oder anderer ätiologischer Momente.

II. Referate.

a) Otologische:

Le malattie dell' Orecchio negli Allievi delle Scuole elementari. Prof. Pietro Avoledo. Lettera aperta al Chiar. Dott. M. de Cristoforis, Consigliere comunale di Milano. Estratto dal Archivio italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, dal volume II, fascicolo 1°. — Januar 1894.

Die vorliegende interessante Schrift wurde angeregt durch den Wunsch des Dr. de Cristoforis, Stadtrath von Mailand, die Ansichten der Vertreter der einzelnen medicinischen Specialfächer bezüglich eines von ihm angeregten Sanitätsdienstes in den Schulen, zu vereinigen. Speciell die Otiatrie betreffend ist es von höchstem Interesse, den wichtigen Einfluss der Ohrenkrankheiten und ihrer Folgen auf den Unterricht und die Entwicklung der Intelligenz darzulegen, und bei der hohen Bedeutung, welche diese Umstände für jede grosse und dicht bevölkerte Stadt besitzen, dürfte ein genaueres Eingehen auf diese ebenso wissenschaftlichen wie gemeinnützigen Untersuchungen gerechtfertigt erscheinen. Evident wurden dem Verf. die erwähnten Umstände, als er die aufgeweckten und meist heiteren Zöglinge eines Blindeninstitutes mit den schwachsinnigen, morosen, oft jähzornigen Insassen einer Taubstummenanstalt verglich. Die Erkrankungen der Gehörorgane bei den Schulkindern müssen unter verschiedenen Gesichtspunkten besprochen werden. Zunächst kommt hierbei das Alter in Betracht. A. theilt darum die Ohrenkranken in 4 Altersklassen. Die erste umfasst die Kinder unter 1 Jahr mit den ererbten oder bei der Geburt erworbenen Ohrenleiden, die zweite, bis zum achten Lebensjahre reichend, begreift das Alter der Exantheme (Scharlach, Masern etc.), welche gerade in Mailand oft eitrige Mittelohrentzündungen im Gefolge haben. Dies ist auch die Altersperiode der zahlreichen Rachen-, Nasen- und Halskrankheiten, welche Ursache von Ohrenleiden werden können und deren Vernachlässigung eine schwere Schädigung für die intellectuelle Entwickelung der Kinder nach sich ziehen kann. Der dritte Abschnitt, der des Schulbesuches, bringt Recidiven der früher bestandenen Processe, von denen jede nicht nur eine Verminderung des Gehöres, sondern auch die Gefahr in eine chronische Form überzugehen bringt, ferner neue schwere Krankheiten: Typhus, bronchiale und speciell tuberculöse Erkrankungen, Neubildung im Nasenrachenraum, Epistaxis, welche alle Ausgangspunkte von Erkrankungen

Digitized by Google

des Ohres werden können. Der letzte Lebensabschnitt, der nach dem Schulbesuche, ist für die behandelte Frage irrelevant.

Avoledo glaubt, dass in Mailand 10 pCt. der Schulkinder ohrenkrank sind. Neben dem Alter kommt das Klima, die Individualität und die Heredität in Betracht. Feuchtwarme Atmosphäre (wie in Mailand) begünstigt die Entwickelung von Microorganismen; Scrophulose, Tuberculose und Syphilis sind dort sehr verbreitet. Sehr schädlich sind ferner das Elend und die Unwissenheit der Menge, besonders ihr Vorurtheil, ein Ohrenfluss bedeute eine „günstige Ableitung" vom Gehirne. Der tägliche Contact der kranken Kinder mit den gesunden in der Schule kann auch durch Verunreinigung der Luft und Uebertragung des Eiters durch die mit ihm so häufig beschmutzten Finger zur Verbreitung der Ohrenkrankheiten beitragen, wenn diese auch nicht im engeren Sinne ansteckend sind. Ausserdem ist es noch Pflicht des Staates, diejenigen Kinder, die schon mehr oder weniger an ihrem Gehör Einbusse erlitten haben, in möglichst günstige Bedingungen für den Unterricht zu bringen, was eine ärztliche Aufsicht der Schüler für nöthig erscheinen lässt. Nicht zu vergessen sei das enorme wissenschaftliche Material, welches durch eine solche Untersuchung der Schulkinder gewonnen würde. Clarence Blake, Weil, Sexton, Reichhardt, Gellé, Norrel Bezold, Saint-Hilaire fanden, dass die Zahl schwerhöriger und dadurch für den gewöhnlichen Unterricht ungeeigneter Kinder eine überraschend grosse sei. Viele dieser Untersuchungen förderten auch anderweitig interessantes wissenschaftliches Material zu Tage. Die ärztliche Untersuchung hatte sich jedoch auch auf den Lehrer, und zwar ebenso auf seine Sprachorgane, wie auf sein Gehör zu erstrecken, denn namentlich die Schwerhörigkeit des Unterrichtenden führe zu vielen Uebelständen. Grösse des Klassenzimmers und Anordnung der Sitze kommen gleichfalls in Betracht. Durch einige statistische Daten weist A. dann die grosse Zahl schulpflichtiger Kinder unter den Patienten der Ambulanz des Ospitale de Maggiore im Instituto di Santa Corona und den dort aufgenommenen Ohrenkranken nach. Der Umstand, dass eine grosse Zahl der in der Klinik aufgenommenen meist schwerer oder gar lebensgefährlich Erkrankten aus den Landbezirken stammte, lässt schliessen, dass ihr Leiden entweder vernachlässigt oder nicht sachgemäss behandelt wurde und beweisst, dass die Ausbildung in der Ohrenheilkunde auch bei den Aerzten Italiens noch eine unzureichende ist. Die eitrigen Ohrenkrankheiten sind nicht nur für die Erkrankten selbst, sondern auch für deren Umgebung von Nachtheil und ein Gegenstand widerlicher Belästigung.

Avoledo kommt endlich zu folgenden Schlüssen:

1) Es ist nothwendig, ärztliche Spitalpflege für Ohrenkranke zu schaffen, da die Behandlung in den Ambulanzen unzureichend ist.

2) Schwere Formen sind bei Schulkindern sehr häufig.

3) Bei der Aufnahme in die Schule soll jedes Kind von einem Ohrenarzte auf sein Hörvermögen geprüft werden.

4) Die Lehrer sind auf ihre ohrenkranken Schüler besonders aufmerksam zu machen.

5) Lehrer und Schüler sind in günstige hygienische Bedinguugen zu bringen.

Digitized by Google

6) Die Unwissenheit und Nachlässigkeit der Eltern soll durch die ärztliche Beaufsichtigung der Schüler, welche die Entdeckung und Behandlung eventuell vorhandener Ohrenleiden zum Zwecke hat, wettgemacht werden.

7) Für bestimmte Krankheiten sollten eigene Schulen errichtet werden, damit die von ersteren Betroffenen keine Zeit beim Unterrichte verlieren.

Vom Standpunkte des Specialisten aus will A. diese Forderungen auch für das Heer, Gefangenanstalten, Eisenbahnen und Collegien geltend machen.

Der Umstand, dass alles im Vorangehenden gesagte nicht nur für Italien, sondern auch für unsere Zustände zutrifft, verleiht Avoledo's dankenswerther Arbeit besonderes Interesse.

Dr. Hitschmann.

Otite media suppurata chronica dextra. Ascesso cerebellare destro. Cholesteatomi dell' antro mastoideo. Trapanazione del mastoide. Morte. Communicazione fatta all' Associaz. medica Lombarda, seduta del 30 gennaio 1893, pel Dott. P. Avoledo.

Kleinhirnoperationen werden selten gemacht und haben meist entmuthigende Resultate. Hauptgrund ist die unsichere Symptomatologie und die Empfindlichkeit des Organes. Der Umstand, dass Kleinhirnabscesse fast nie allein, wie im vorliegenden Falle, sondern meist mit Pachymeningitis oder Grosshirnabscessen complicirt vorkommen, veranlasste diese Publication. Ein 15 jähriger, erblich unbelasteter Bauernbursche litt seit frühester Jugend an chronischer, eitriger Ohrenentzündung. Als er 10 Jahre alt war, wurde das bisher spärliche, geruchlose und farblose Secret röthlich, fötid und reichlich, gleichzeitig bemerkte er Abgang harter, stinkender Massen, Schmerzen am Warzenfortsatze und wurde taub. Auch links trat durch einige Tage Otorrhoe auf. Später trat vorübergehendes Ohrensausen, auffallender Kräfteverlust und Schwächegefühl, endlich Drehschwindel auch im Liegen und eine Geschwulst am Warzenfortsatz auf, die mehrfach aufbrach. Bei dem Spitalseintritte am 18. December bot sich folgender Status: Guter Ernährungszustand, Schmerz auf Druck in der Regio occipito-mastoidea, wo ein 1 cm tiefer Fistelgang mündet, und im Kopfe bei Beklopfen der Linea semicircularis inferior. Pat. liegt immer auf der linken Seite, Ausfluss eines dicken, kaffeefarbigen, stinkenden Eiters aus dem Gehörgange; schwarze Massen und Eingesunkensein des Meatus cartilagineus hindern auch nach Sublimatausspülung die Einführung des Speculum. Cheyne-Stokes Athmen, rechte Pupille weiter, reagirt weniger und träg. Augenhintergrund normal. Puls schwach, irregulär, Erbrechen von Flüssigkeiten seit 5 Tagen. Beim Versuche, den linken Fuss zu heben, hat er das Gefühl, als fiele er nach rechts, macht er eine halbe Drehung nach rechts, so würde er, sich selbst überlassen, niederfallen. Harn reich an Phosphaten, ohne Zucker, ohne Eiweiss. Am 19. December. Leichte Facialisparese. 20. December. Diagnose: Alter Kleinhirnabscess. Eröffnung des Warzenfortsatzes durch Prof. Albertini. Aus der weiten Oeffnung werden 4—5 Perlgeschwülste entfernt. Eiter wurde nicht gefunden. Drainage. In den folgenden Tagen zunehmender Sopor, Cheyne-

Digitized by Google

Stokes, Schwindel, Erbrechen. Am neunten Tage post operationem Exitus letalis. 35 Stunden später Autopsie: Starke Injection der Pia und Dura mater, auf dem Tegmen tympani ein fistulöser Gang, ohne Eiter oder Adhäsionen. Rechte Kleinhirnhälfte nach Beseitigung des Tentorium intumescirt, in's Gelbliche verfärbt. Ein Transversalschnitt eröffnet eine hühnereigrosse Abscesshöhle mit dickem Eiter, die Oberfläche durchbohrt durch einen Gang, dessen anderes Ende die Oeffnung des Aquaeductus vestibuli ist, wo sich Caries des Knochens im Umfang von 1/4 Quadratcentim. zeigt. Absoluter Defect des Trommelfelles, des Hammers und Ambosses, der Steigbügel in sein Fenster eingepflanzt und eiterbedeckt, Fenestra rotunda perforirt, Vestibulum eitererfüllt, Halbcirkelkanäle und Schnecke intact. Antrum mastoideum und Cellulae epitympanicae mit Eiter und Knochenbröckeln erfüllt. Die Dura, mit Ausnahme der dem Aquaeductus vestibuli entsprechenden Stelle, normal, desgl. die Sinus. Das Grosshirn, ausgenommen bedeutenden Hydrops ventriculorum, intact. Die Abscesshöhle von einer mehrere Millimeter dicken Membran ausgekleidet. Da hier eine reine Kleinhirnläsion vorliegt, kann man die Symptomatologie gut studiren: Nachdem bei Complicationen Temperatursteigerung besteht, hier aber keine war, so kann man bei normaler Temperatur Complicationen ausschliessen. Cheyne-Stokes'sches Athmen ist als Symptom einer Kleinhirnläsion schon sichergestellt. Schwindel und Schwanken sind, zumal wenn sich Labyrintherkrankungen ausschliessen lassen, wichtige diagnostische Zeichen. Auch cervico-occipitale Schmerzen, welche zu den Frühsymptomen gehören, müssen Verdacht auf das Entstehen eines Processes in der hinteren Schädelgrube lenken. Besonders charakteristisch als Initialsymptom ist die Muskelschwäche, welche auch von Ollivier und Luys häufig constatirt wurde.

Wenn also nach breiter Eröffnung des Warzenfortsatzes der eben erwähnte Symptomencomplex unverändert fortbesteht, so soll unverzüglich zur Trepanation des Hinterhauptbeines weitergeschritten werden. Jeder Verzug gefährdet den Erfolg. Dr. Hitschmann.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Thyroidin bei verschiedenen Hautkrankheiten. (De la thyroidine dans le traitement des diverses affections cutanées.) Von Dr. Phineas Abraham. (Société de médecine de Londres und Semaine médicale No. 4, 1894.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) bei sporadischem Myxoedem und Cretinismus ist die Wirkung auffallend, zweifelhaft bei Psoriasis und anderen Hautleiden; 2) in vielen Fällen ist die Behandlung nicht nur erfolglos, sondern selbst schädlich, 3) in seltenen Fällen ist der Erfolg offenbar; 4) die günstigen Fälle kann man nicht von vornherein bestimmen; 5) bei manchen Kranken treten unangenehme Allgemeinerscheinungen auf; 6) Alter und Geschlecht sind von keinem Einfluss auf die Behandlung. Man soll das Thyroidin nur anwenden bei Dermatosen, welche jeder Behandlungsweise bisher getrotzt haben.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Wanderung eines Ascaris lumbricoides in die tiefen Nackenmuskeln, nachdem er durch die Wirbelsäule durch einen scrophulösen, in den Pharynx sich öffnenden Abscess gedrungen ist. (Migration d'un lombric vers les muscles profonds de la nuque, passant à travers la colonne vertébrale par un abcès scrofuleux ouvert dans le pharynx.) Von Dr. Brigidi. (Gazzeta degli ospitali, Juni 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Anatomisches Präparat des Museums von Genua; leider fehlen die klinischen Symptome. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von dem Entstehen der sogen. schwarzen Zunge. (Contribution à l'étiologie de la soi-disant langue noire.) Von Dr. J. Sendziak. (Société Polonaise de laryngologie, November 1893 und Revue de laryngologie No. 7, 1894.)

Verf. giebt die Beschreibung der Krankheit und betont, dass die Meisten die schwarze Zunge als eine Hypertrophie der Papillae filiformes der Zungenbasis mit folgender Verhornung und vermehrtem normalen Farbstoff ansehen und mithin jede parasitäre Natur ausschliessen. Ciaglinski und Hewelke aber nehmen schon obige Pathogenese nur mehr für die chronische Form der schwarzen Zunge an, während sie für die acute Form die parasitäre Natur annehmen und diese acute Form mit dem Namen „Nigrities mucorina linguae" bezeichnen und den Parasiten Mucor niger nennen. Verf. hat nun aber bei zwei chronischen, von ihm genau beobachteten Fällen ungefähr dieselben bacteriologischen, microscopischen und klinischen Symptome gefunden, wie obengenannte Autoren, so dass er zu der Ansicht gelangt, dass acute sowohl als chronische Formen von schwarzer Zunge als ein mycotischer Process aufzufassen sind, besonders weil bei Weitem nicht in allen Fällen, und zwar bei Verfasser's Fällen, eine Hypertrophie der Zungenpapillen nachgewiesen werden konnte. Dr. P. K.

Hypertrophie der Zungenmandel als Ursache asthmatischer Anfälle. (L'hypertrophie de l'amygdale linguale comme cause d'attaques d'asthme.) Von Dr. J. Roquer Casadeus. (Revista di laringologia, October 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Ein 39jähriger, lymphatisch nervöser Mann hatte nächtliche Anfälle von Dyspnoe. Husten und Gefühl eines Fremdkörpers im Halse. Ein Schluck Wasser hilft momentan. Die hypertrophische Zungenmandel berührt die vordere Epiglottisfläche; Verf. sieht diesen Contact als Ursache der Krankheit an, weil letztere mit der galvanocaustischen Behandlung der Zungenmandel heilte. Dr. P. K.

Fibrosarcom der Zungenbasis. (Fibrosarcome de la base de la langue.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 20, 1893.)

Seltene Fälle. Ein 17jähriges Mädchen trägt einen haselnussgrossen Tumor an der Zungenbasis. Man konnte an eine Cyste oder an ein Fibrom denken. Das Microscop wies ein Fibrosarcom nach.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Zungentractionen bei Belebungsversuchen. (Du rappel à la vie par le procédé de la langue.) Von Dr. Lanceraux. (Académie de médecine, Séance du 9 Janvier 1894 und Semaine médicale No. 2, 1894.)

Verf. erwähnt zwei neue Fälle von Erfolg; in dem zweiten Falle genügte ein Druck mittels Löffel auf die Zungenbasis und das dadurch hervorgerufene Brechgefühl. Das Brechgefühl, als antispasmodisch wirkend, würde also in vielen Fällen genügen. Dr. P. K.

Rhythmische Zungentractionen bei den verschiedenen Erstickungsarten. (Du procédé des tractions rythmiques de la langue dans les diverses asphyxies.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, Séance du 7 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 64, 1893.)

Laborde erwähnt von Neuem verschiedene Fälle, wo bei Erstickung die Lufteinblasungen im Stiche liessen und die lange fortgesetzten Zungentractionen die Scheintodten in's Leben zurückriefen. Zwei Fälle betrafen den Erstickungstod durch Ertrinken, von denen der eine schon eine volle Stunde scheintodt war; die anderen betreffen Neugeborene, vom Blitz Erschlagene, durch Chloroform und durch Bluteindringen in die Trachea Erstickte. Dr. P. K.

Studie über die abgekapselten Mandelabscesse. (Etude sur les abcès enkystés de l'amygdale.) Von Dr. Peyrissac. (Clinique du docteur Moure de Bordeaux und Union médicale du Nord-Est No. 10, 1893.)

Sie entstammen gewöhnlich einer acuten Mandelphlegmone; nicht so selten, als gewöhnlich angenommen wird. Verlaufen wie kalte Abscesse, ohne scrophulöser Natur zu sein. Die lange Dauer erklärt sich aus den gewundenen Ausführungsgängen und den sie bedeckenden Muskelschichten; eben wegen ihrer tiefen Lage schwächt ihr Eiter sich ab und kann sogar Mandelsteine produciren; bis jetzt sind blos 10 Fälle in der Literatur beschrieben. Eröffnung mittels des Galvanocauters bringt Heilung. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Mandelsteinen. (Contribution à l'étude des calculs de l'amygdale.) Von Dr. J. Lecocq. (Annales med. chir. de Paturages und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21, 1893.)

In seltenen Fällen können sie gefährlich werden, wenn sie sich in die vasculonervöse Capseln begeben; Pharyngitis, Amygdalitis, Mandelabscess, Schlingbeschwerden sind die gewöhnlichen Symptome. Nach der Extraction muss man, um ein Recidiv zu verhindern, die zurückgelassene Höhle zum Verschwinden bringen; die beste Methode ist das Auskratzen mit dem darauffolgenden Sublimatbepinseln. Dr. P. K.

Eine neue Operationsmethode beim Eröffnen der circumscripten Mandelabscesse. (Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens.) Von Dr. A. Ruault. (Mercredi médical, Januar 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 20, 1893.)

Alle peripheren Mandelabscesse müssen so frühzeitig wie möglich eröffnet werden; die Fluctuation findet man gewöhnlich einen Centimeter

Digitized by Google

nach aussen vom inneren Rande des vorderen Gaumenbogens, in einer Höhe, wo das obere Drittel an die zwei unteren Drittel stösst. Verf. räth, zwischen der Mandel und dem vorderen Gaumenbogen auf dieser Höhe einzugehen; man muss vorher Cocain einpinseln und immer auf der äusseren Mandelfläche bleiben. Nach der Eröffnung thut man wohl, die Abscesshöhle antiseptisch auszupinseln. Dr. P. K.

Durch eine Insectenlarve verursachte Angina. (Angine causée par une larve d'insecte.) Von Dr. Moura Bourrouillon. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 67, 1893.)

Angina bei einem 12jährigen Mädchen; die Natur der Larve konnte nicht festgestellt werden; sie sass an der Schädelbasis und war wahrscheinlich durch die Nase eingedrungen. Man soll also bei einem jeden Nasen- und Rachenleiden die Secretionsproducte und die etwa eingeathmeten Fremdkörper entfernen und selbe microscopisch untersuchen.
Dr. P. K.

Angina als Prodromalerscheinung einer Pneumonie. (De l'angine prodromique de la pneumonie.) Von DDr. P. Tissier und Coursier. (Annales de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Der Zusammenhang der initialen Amygdalitis mit der darauffolgenden Pneumonie war in Anbetracht der Symptome nicht zu leugnen. Seltener Fall. Dr. P. K.

Wichtigkeit der Angina scarlatinosa. (Importance de l'angine scarlatineuse.) Von Dr. Burlureaux. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Scarlatina wird gefährlich durch die Angina allein; die Gefahr bei der Scarlatina steht in directem Verhältniss zur begleitenden Angina. Die meisten Scharlachkranken sterben durch Vergiftung mittels Streptococcen. Man soll also vor Allem die Angina behandeln, ebenso wie wenn man mit gewöhnlicher Diphtheritis zu thun hätte. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Angina während Typhus. (Deux cas d'angine dans la fièvre typhoide.) Von Dr. L. Rénon. (Gazette des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Pharynxerscheinungen traten als Angina diphtheroidea auf, waren hartnäckig und dauerten länger als der Typhus; es traten später Abscesse und Phlegmasia alba dolens auf. Dr. P. K.

Ein Fall von Acromegalie, mittels Schilddrüsenextract behandelt. (Sur un cas d'acromégalie traité par l'extrait thyroide.) Von Dr. R. Parsons. (Société de Neurologie de New-York und Semaine médicale No. 4, 1894.)

Patient bekam drei Mal täglich das Schilddrüsenextract in jedesmal um fünf Tropfen zunehmenden Dosen. Die Acromegalie und namentlich die Kopfschmerzen verschwanden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Heilung von Myxoedem durch Einnehmen von Schilddrüse vom Schafe; Zufälle, welche bei dieser Behandlungsweise eintreten können. (Guérison de myxoedème par l'ingestion de glande thyroide de mouton; accidents qui peuvent survenir au cours du traitement thyroidien.) Von DDr. P. Marie und L. Guerlain. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 9 Février 1894.)

Resultat Anfangs null, weil der Metzger irrthümlicher Weise immer Glandula submaxillaris gab; Wirkung auffallend, als wirkliche Glandula thyroidea gereicht wurde. Man nimmt einen frischen Schilddrüsenlappen, schneidet ihn auf einem Teller in ganz kleine Stücke, giesst heisse Fleischbrühe darauf und lässt den Patienten die Suppe gleich nehmen. Anfangs giebt man 3—4 Tage nacheinander eine solche Dosis; bei Eintreten der unangenehmen Allgemeinsymptome giebt man blos alle zwei Tage mehr einen Lappen, später alle drei bis vier Tage nur mehr. Damit das Myxoedem nicht recidivire, thut man wohl, eine Zeit lang alle fünf Tage eine Portion zu geben. Dr. P. K.

Angiokeratom des rechten Stimmbandes. (Sur un cas d'angiokératome de la corde vocale droite.) Von DDr. E. Moure und Sabrazès. (Société française de laryngologie et d'otologie 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 21, 1893.)

Weil man die Diagnose von Larynxpolypen durch das Laryngoscop allein zu stellen gewohnt ist und eine microscopische Diagnose bei gutartigen Tumoren eine Seltenheit ist, so muss man sich nicht wundern, dass gewisse, zufällig microscopisch untersuchte Larynxtumoren anscheinend eine grosse Seltenheit sind; so sind die Larynxcysten gar keine so grosse Seltenheit, wie man früher annahm; dasselbe könnte wohl der Fall für die Angiokeratome sein. Verff. erzählen die Krankengeschichte einer 26jährigen Frau, welche am freien Rande des rechten Stimmbandes einen Tumor hatte, dessen microscopischer Bau den Angiokeratomen der Haut ähnlich war. Dr. P. K.

Ein Fall von diffuser peripherischer Neuritis der beiden Recurrentes nach Typhus. (Sur un cas de névrite périphérique diffuse des deux recurrents, consécutive à une fièvre typhoide.) Von Dr. Thomas. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1893 und Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie No. 20, 1893.)

Der Titel sagt Alles. Verf. hat verschiedene sehr interessante Experimente während einzelner Sitzungen beim Electrisiren gemacht.
Dr. P. K.

Ueber die Contagiosität der Diphtheritis. (Note sur un cas de contagion de la diphtérie.) Von Dr. Lemoine. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Gestützt auf mehrere Fälle von Ansteckung, kommt Verf. zu dem Schluss, dass ein von Diphtheritis geheiltes Kind noch 3 Monate lang zu isoliren ist; nicht nur soll das von dem Kranken bewohnte Zimmer, sondern Pat. selbst desinficirt werden; es sollen antiseptische Waschungen des Mundes und der Nase stattfinden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Klinische und bacteriologische Untersuchung von 200 Kindern, welche in die Diphtheritisabtheilung des Spitals des Enfants malades gebracht wurden. (Examen clinique et bactériologique de deux cents enfants entrés au pavillon de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades.) Von Dr. Louis Martin. (Annales de l'Institut Pasteur, Mai 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Arbeit beweist von Neuem die Nothwendigkeit der bacteriologischen Untersuchung eines jeden Mandelbelages; es ist dies keine Laboratoriumarbeit, sondern eine einfache klinische Untersuchungsmethode, wie alle anderen; das Säen auf coagulirtes Serum ist leicht und giebt schon nach 24 Stunden ein befriedigendes Resultat; diese Untersuchung ist desto nothwendiger, weil der geübteste Kliniker durch einfache Inspection des Rachens keine Diphtheritis mit Gewissheit erkennen kann. Von 200 als diphtheritiskrank auf die Abtheilung geschickten Kindern waren 72, d. h. 36 pCt. nicht diphtheritisch. Dr. P. K.

Beitrag zur Diphtheritisbehandlung. (Contribution au traitement de la diphtérie du larynx.) Von Dr. Bonain. (Société française de laryngologie et d'otologie 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 21, 1893.)

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass bei Weitem nicht alle Croupfälle diphtheritischer Natur sind, sondern oft Streptococcen mit schlechter Prognose oder gewöhnliche Micrococcen mit besserer Prognose enthalten, ohne den Löffler'schen Bacillus nachweisen zu lassen. Verf. redet bei der Behandlung dem Terpentin und der Intubation das Wort.
Dr. P. K.

Behandlung der Diphtheritis mittels Glucose. (Du traitement de la diphtérie par la glucose.) Von Dr. Ferré. (Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. fiel der gutartige Verlauf einer Diphtheritis bei einem diabetischen Kinde auf. Um den Einfluss des Zuckers auf die Giftigkeit des Löffler'schen Bacillus zu studiren, hat Verf. die Microben auf mit Glucose getränktem Boden gezüchtet; es entwickelte sich eine stark saure Reaction, welche das Gift bedeutend abschwächte; er räth, die Glycose als topisches Mittel auf die Membranen zu bringen. Dr. P. K.

Behandlung der Diphtheritis nach vorausgegangener bacteriologischer Untersuchung mittels Sulfuricinphenol. (Traitement de l'angine diphtéritique avec examen bactériologique, par le phénol sulforiciné.) Von Dr. A. Josias. (Médecine moderne und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Nur erst nach bacteriologischer Diagnose wendet Verf. sein Verfahren an. Die Formel, deren wirksames Bestandtheil die Carbolsäure bildet, ist folgendermaassen zusammengesetzt: Acid. carbol. p. 20 Gramm,

Digitized by Google

Natrium sulforicinatum 80 Gramm Zuerst werden die Pseudomembranen mittels trockener Watte getrocknet resp. entfernt und dann die betreffenden Stellen mit der Lösung bestrichen, 6 Mal in 24 Stunden; inzwischen werden Inhalationen von Kalkwasser gemacht. So lange Pseudomembranen auftreten, wird obige Behandlungsweise fortgesetzt. Nachher werden vorsichtshalber 3—4 Mal täglich Bepinselungen mit Salicylsäure und Glycerin (1 : 30) gemacht. Dabei roborirende Diät. Dr. P. K.

Larynxklopfen, mit Gefässanomalien zusammenfallend. (Battements du larynx coïncidant avec des anomalies vasculaires.) Von Dr. Litten. (Société de médecine interne de Berlin, Séance du 6 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 66, 1893.)

Tachycardie bei einer 50jährigen Frau, sehr lästiges Heben und Verschieben des Larynx nach links bei jedem Herzstoss. Herzhypertrophie, Klappenfehler, Aortenaneurysma wurden ausgeschlossen; es bestand blos Erweiterung der vom Aortenbogen ausgehenden Gefässe. Die Section ergab vier vom Aortenbogen abgehende Gefässe und Erweiterung der Blutgefässe. Dr. P. K.

Larynxschwindel und Ictus laryngeus. (Le vertige laryngé et les ictus laryngés.) Von Dr. A. Ruault. (Journal de médecine de l'aris 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. will den von Charcot zuerst beschriebenen Larynxschwindel gänzlich von dem sogenannten Ictus laryngeus getrennt wissen. Die Prognose des ersteren ist gut, die des zweiten schlecht. Im ersteren Falle kommt Kitzeln im Larynx, trockener Husten, Röthe des Gesichts, Ohnmacht mit momentanem Verlust des Bewusstseins, nach einigen Secunden Erwachen ohne Amnesie und Schläfrigkeit. Im anderen Falle kommt Blässe des Gesichts, Unwohlsein und nachfolgende Schlafsucht.
Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Larynxknorpelfracturen. (Contribution à l'étude des fractures des cartilages du larynx.) Von Dr. P. Heymann. (Archives internationales de laryngologie No. 5, 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Experimente von Laue auf der Leiche beweisen, dass Larynxfracturen viel häufiger und weniger gefährlich sind, als allgemein angenommen wird. Verf. führt eine Krankengeschichte an, welche obiges Factum am Lebenden beweist; bei von vorne nach hinten wirkenden Contusionen kommen am häufigsten Fracturen der Platten des Ringknorpels, bei seitlichen Stössen dagegen Fracturen der Platte des Schildknorpels zu Stande. Dr. P. K.

Bemerkungen über einen Fall von Laryngotyphus. (Quelques considérations à propos d'un cas de laryngotyphus.) Von Dr. Paul Tissier und Dr. Paul Bellot. (Annales de médecine, December 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verff. geben die Beschreibung eines beobachteten Falles; der Aufsatz enthält nichts Neues. Dr. P. K.

Digitized by Google

Laryngismus stridulus oder Spasmus glottidis mit tödtlichem Ausgang nach drei Stunden. (Laryngisme striduleux ou spasme de la glotte avec issue fatale en moins de trois heures.) Von Dr. F. Green. (Medic. News 1892 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 20, 1893.)

Tödtlicher Anfall bei einem 9jährigen Kinde. Das Kind war den Anfällen, sowie dem wahren Croup ausgesetzt und hatte zwei Geschwister, welche an Croupanfällen litten. Dr. P. K.

Laryngealtumor, die Schwierigkeit der Diagnose eines Larynxkrebses darthuend. (Cas de tumeur laryngienne montrant la difficulté du diagnostic du carcinome intralaryngien.) Von Dr. John Dunn. (New-York medic. Journal und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20, 1893.)

Erst als Pyoctannin und Jodkalium wirkungslos blieben, dachte man an Carcinoma; nach einem Anfall von Asthma, welcher jedes Jahr eintrat und nach einem Meeresaufenthalt heilte das fragliche Geschwür. Dr. P. K.

Ueber das seltene Vorkommen der corticalen Larynxparalysen. (A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales.) Von Dr. Paul Rangé. (Archives internationales de laryngologie 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. giebt die Symptome der corticalen Larynxlähmung und deren Erklärung. Die Fälle sind nicht so selten, als allgemein angenommen wird. Dr. P. K.

Behandlung der tuberculösen Larynxgeschwüre, mit einigen Bemerkungen über die constitutionelle Behandlung mittels starker Creosotdosen. (Traitement de l'ulcération laryngienne dans la tuberculose, avec quelques remarques au sujet du traitement constitutionnel par de fortes doses de créosote.) Von Dr. F. Semon. (Lancet, 11. März 1893 und Revue de laryngol. No. 1, 1894.)

Verf. redet oben angedeuteter Methode das Wort; man soll das Creosot drei Mal täglich gleich nach der Mahlzeit geben, Anfangs jedes Mal einen Tropfen, dann zwei und sogar bis zu fünf Tropfen pro dosi. Die Lösungen von Acidum lacticum sind Anfangs 20procentig, dann bis zu 70procentig steigend, zwei bis drei Mal wöchentlich nach vorheriger Cocainbepinselung zu geben; man muss fest reiben beim Pinseln, sogar vorher manchmal mit der Cürette kratzen. Diese seit einiger Zeit im Sanct Thomas-Hospital angewandte Methode bringt gute Resultate, obschon sie keine specifische ist. Dr. P. K.

Therapeutische Wirkung des Creosot bei latenter Tuberculose. (Des effets thérapeutiques de la créosote dans la tuberculose latente.) Von Dr. Blanchard. (Semaine médicale No. 62, 1893.)

Die Lungentuberculose ist heilbar; dies sollen die Patienten und ihre Angehörigen wissen, damit eine rechtzeitige Behandlung eingeleitet werde. Das Creosot wirkt als Heilmittel namentlich bei latenter Tuberculose,

Digitized by Google

wo es dann zugleich zur Feststellung der Diagnose hilft. Je eher die Diagnose gestellt wird, desto wirksamer ist die Behandlung. Man muss genügende Dosen Creosot geben, dann heilt auch die schleichende, die Tuberculose einleitende Bronchitis. Die Creosotbehandlung hat gar keinen Nachtheil, selbst bei Irrthum in der Diagnose. Verf. giebt das Medicament in Clystierform: 250 Gramm Wasser, ein Eigelb und eine immer steigende Dosis von Mandelöl mit Creosot (1:30); die Dosis Creosot beträgt Anfangs 25 Centigramm, man steigt allmählig und geht bis zu 2 Gramm und selbst 2,60 Gramm pro die; sobald man über die Tagesdosis von 1 Gramm hinausgeht, muss man die Gesammtdosis in 2 oder 3 Clystieren geben. Dr. P. K.

Die Lungenanthracose bei den Arbeitern, welche die zu den Electricitäts-Instrumenten dienenden Kohlen poliren. (L'anthracose pulmonaire chez les polisseurs de charbon destiné aux appareils électriques.) Von Dr. Lanceraux. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 67, 1893.)

Diese neue, immer wachsende Industrie bringt neue Fälle von Lungenanthracose; es ist dasselbe Leiden, welches man bei der jetzt mehr weniger verfallenen Industrie der Kohlenmodellirer beobachtete. Die klinischen Symptome sind, ausser den characteristischen Sputis, die der Lungenschwindsucht; die vorhandenen Cavernen sind denen bei Lungentuberculose ganz ähnlich, müssen aber nicht nothwendiger Weise tuberculöser Natur sein; wir sehen ja dieselben nicht tuberculösen Cavernen bei anderen sclerotischen Lungenleiden; man muss aber gestehen, dass die Kohle ebenso wie die bekannte Kieselsäure bei ihrem Eindringen in die Lunge zur Tuberculose disponirt; diese Disposition ist desto grösser, wenn die betreffenden Kohlenarbeiter Alcoholiker sind. Man muss also annehmen, dass die eingeathmete Kohle doppelt schadet, indem sie als unlösbare Substanz die Lungenzellen verstopft und zur Tuberculose disponirt. Die Prophylaxe bestände also darin, der unlöslichen eingeathmeten Substanz eine lösliche zu substituiren, wie man es bei den Giessern und den Kohlenmodellirern gemacht hat. In der letzten Zeit hat man statt der Ofenkohle gepresste, weichere, d. h. weniger Staub gebende Kohle angewandt. Dr. Proust hat einen an Lungenanthracose gestorbenen Patienten untersucht, welcher grosse Cavernen, aber keine Tuberculose hatte. Dr. P. K.

Tracheotomie zu 19 Monaten. Heilung. (Trachéotomie à dix-neuf mois. Guérison.) Von Dr. Smith. (Virginia Medical Monthly, März 1893 und Revue de laryngologie No. 1, 1894.)

Ein 19 Monate altes Kind hatte eine Zwergkastanie in der Trachea. Operation. Heilung. Dr. P. K.

Ein neues Symptom der Oesophagusverengerung. (Un nouveau symptome du rétrécissement de l'oesophage.) Von Dr. Vanni. (Revista clinic. e terap. No. 7, 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Der Einfluss der oberhalb einer Oesophagusverengerung gebildeten Erweiterung des Speiserohres kann die Spannung des arteriellen Pulses

Digitized by Google

modificiren. Bei einem solchen Patienten gab das Hinunterschlucken einer beträchtlichen Speisemenge Dyspnoe und Lipothymie; die erstere war durch Recurrensdruck, die letztere durch Druck auf beide Carotiden zu erklären. Schluckt Patient mehr als 400 Gramm Flüssigkeit, so wird der Femoralpuls immer schwächer, um bei entleerter Flüssigkeit wieder zu steigen; die Ausdehnung durch Gase producirt das Phänomen nicht so auffallend, wahrscheinlich wegen geringer ausgeübten Druckes. Experimentell wurden bei einem Hunde der Oesophagus und die Arteria femoralis blossgelegt, letztere mit einem Manometer in Verbindung gesetzt, der Oesophagus durch Luft aufgeblasen: das Manometer sank von 60 resp. 70 auf 35 resp. 40 Millimeter; nach Entfernung der Luft stieg es wieder auf 60 resp. 70 Millimeter. Verf. schliesst aus dieser klinischen und experimentellen Erfahrung, dass eine hochsitzende Oesophagusverengerung unter gewissen Verhältnissen einen paradoxalen Puls an der linken Carotis, dass eine tiefsitzende Oesophagusverengerung unter denselben Bedingungen denselben Puls an beiden Femorales hervorbringen kann.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Stepanow: Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms. — Ziem: Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand. — II. Referate: a) Otologische: Avoledo: Le malattie dell' Orecchio negli Allievi delle Scuole elementari. — Avoledo: Otite media suppurata chronica dextra. Ascesso cerebellare destro. Cholesteatomi dell' antro mastoideo. Trapanazione del mastoide. Morte. — c) Pharyngolaryngologische: Abraham: Thyroidin bei verschiedenen Hautkrankheiten. — Brigidi: Wanderung eines Ascaris lumbricoides in die tiefen Nackenmuskeln, nachdem er durch die Wirbelsäule durch einen scrophulösen, in den Pharynx sich öffnenden Abscess gedrungen ist. — Sendziak: Beitrag zur Lehre von dem Entstehen der sogen. schwarzen Zunge. — Casadeus: Hypertrophie der Zungenmandel als Ursache asthmatischer Anfälle. — Onodi: Fibrosarcom der Zungenbasis. — Lanceraux: Zungentractionen bei Belebungsversuchen. — Laborde: Rhythmische Zungentractionen bei den verschiedenen Erstickungsarten. — Peyrissac: Studie über die abgekapselten Mandelabscesse. — Lecocq: Beitrag zur Lehre von den Mandelsteinen. — Ruault: Eine neue Operationsmethode beim Eröffnen der circumscripten Mandelabscesse. — Bourrouillon: Durch eine Insectenlarve verursachte Angina. — Tissier und Coursier: Angina als Prodromalerscheinung einer Pneumonie. — Burlureaux: Wichtigkeit der Angina scarlatinosa. — Rénon: Zwei Fälle von Angina während Typhus. — Parsons: Ein Fall von Acromegalie, mittels Schilddrüsenextract behandelt. — Marie und Guerlain: Heilung von Myxoedem durch Einnehmen von Schilddrüse vom Schafe; Zufälle, welche bei dieser Behandlungsweise eintreten können. — Moure und Sabrazès: Angiokeratom des rechten Stimmbandes. — Thomas: Ein Fall von diffuser peripherischer Neuritis der beiden Recurrentes nach Typhus. — Lemoine: Ueber die Contagiosität der Diphtheritis. — Martin: Klinische und bacteriologische Untersuchung von 200 Kindern, welche in die Diphtheritisabtheilung des Spitals des Enfants malades gebracht wurden. — Bonain: Beitrag zur Diphtheritisbehandlung. — Ferré: Behandlung der Diphtheritis mittels Glucose. — Josias: Behandlung der Diphtheritis nach vorausgegangener bacteriologischer Untersuchung mittels Sulfuricinphenol. — Litten: Larynxklopfen, mit Gefässanomalien zusammenfallend. — Ruault: Larynxschwindel und Ictus laryngeus. — Heymann: Beitrag zur Lehre von den Larynxknorpelfracturen. — Tissier und Bellot: Bemerkungen über einen Fall von Laryngotyphus. — Green: Laryngismus stridulus oder Spasmus glottidis mit tödtlichem Ausgang nach 3 Stunden. — Dunn: Laryngealtumor, die Schwierigkeit der Diagnose eines Larynxkrebses darthuend. — Rangé: Ueber das seltene Vorkommen der corticalen Larynxparalysen. — Semon: Behandlung der tuberculösen Larynxgeschwüre. — Blanchard: Therapeutische Wirkung des Creosot bei latenter Tuberculose. — Lanceraux: Die Lungenanthracose bei den Arbeitern, welche die zu den Electricitäts-Instrumenten dienen Kohlen poliren. — Smith: Tracheotomie zu 19 Monaten. — Vánni: Ein neues Symptom der Oesophagusverengerung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Hierzu eine Tafel.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, August 1894. No. 8.

I. Originalien.

Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen.

Nach einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg gehaltenen Vortrage

von

Dr. **Ostmann**

Stabsarzt und Privatdocent in Königsberg.

Die Anregung zu den Untersuchungen, deren Resultat ich Ihnen heute mittheilen möchte, wurde mir durch eine Arbeit Welcker's „Ueber knöcherne Verengerung und Verschliessung des äusseren Gehörganges" gegeben, welche im Jahre 1864 im I. Bande des Archiv's für Ohrenheilkunde[1]) erschienen ist. In dem zweiten, über Exostosen des äusseren Gehörganges handelnden Abschnitt derselben führt Welcker die Beobachtung Seligmann's an, „dass bei den durch künstliche Formung langgestreckten Amerikanerschädeln, die unter den Bezeichnungen: Titicaca's, Huanka's, Aymara's in verschiedenen Sammlungen

[1]) Heft III, pag. 163 u. ff.

Digitized by Google

vorkommen, Exostosen innerhalb des Meatus auditorius externus ausserordentlich häufig sind. Von 6 bis jetzt untersuchten Schädeln, so citirt Welcker Seligmann, haben 5 solche Exostosen; bei den ganz ähnlich difformen sog. Avarenschädeln fanden sich die Exostosen nicht“ [2]). „Allerdings ein auffallender Befund,“ sagt Welcker, „welcher wohl zur Frage berechtigen mag: sind diese Exostosen eine Rasseneigenthümlichkeit? oder sind sie ein Erzeugniss bestimmter, gerade bei jenen Rassen wirksamer Schädlichkeiten?“ Er glaubt, dass weitere Untersuchungen dieser Angelegenheit nicht geeignet sein dürften, um Seligmann an seinem Ausspruche, dass an den Titicaca-Schädeln allein sich jene Abnormität finde, festhalten zu lassen, wenigstens habe er an einem nicht geformten Schädel eines Fuchsindianers vom Missisippi der Heidelberger Sammlung, sowie an zwei nicht künstlich deformirten Schädeln von Marquesasinsulanern auch Exostosen in den Gehörgängen gefunden, und zwar bei einem der letzteren in sehr erheblicher Entwicklung. Nehme man hinzu, dass auch bei Europäern gar nicht so selten Exostosen sich fänden, so könne man von einer Ausschliesslichkeit ihres Vorkommens nur am Titicacaschädel nicht wohl sprechen, wie man überhaupt einen Gegensatz zwischen den Exostosen jener amerikanischen Stämme und denjenigen anderer Völker nicht wohl construiren könne. Indess verdanke man den Untersuchungen Seligmann's die gewiss nicht uninteressante Thatsache, „dass jene Exostosen bei überseeischen Rassen ausserordentlich viel häufiger sind, als bei den Völkern unseres Continents“. An diesen, mit Rücksicht auf das sehr kleine und einseitige Material, wie mir scheint, sehr weitgehenden und allgemein umfassenden Ausspruch habe ich angeknüpft und versucht zu zeigen, wie weit er sich an einem möglichst grossen Material, welches den verschiedensten Völkerrassen entstammt, bewahrheitet. Zu diesem Zweck habe ich das craniologische Material der Anatomie zu Königsberg, Berlin, Halle a. S. und der Privatsammlung des Herrn Professor E. Schmidt zu Leipzig auf das Vorkommen von Exostosen des äusseren Gehörganges untersucht und möchte ich es nicht unterlassen, sogleich an dieser Stelle den Herren Geheimräthen Waldeyer, Welcker und Stieda, sowie Herrn Professor E. Schmidt für die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Zu diesem selbstuntersuchten Material habe ich von dem in Deutschland vorhandenen anthropologischen Material noch weiteres aus dem Museum der Senkenberg'schen naturforschenden Gesellschaft und des Senkenberg'schen anatomischen Instituts zu Frankfurt a. M., des Grossherzoglichen Naturalienkabinets im alten Schloss zu Darmstadt und des anatomischen Instituts der Universität Breslau hinzugetragen, so dass in Sa. 2302 Schädel von mir selbst untersucht und 331 weitere herangezogen wurden. Somit kommen in Betracht 2633 Schädel der verschiedensten Völkerrassen. Bezüglich der Differenz der von mir und der in den bezw. Sammlungs-Katalogen aufgeführten Zahlen darf ich wohl erwähnen, dass ich naturgemäss alle jugendlichen Schädel ausser Betracht lassen musste, welche eine noch nicht vollständige Ausbildung des äusseren knöchernen Gehörgangs aufwiesen. Was nun die Zugehörig-

[2]) L. c.

Digitized by Google

keit der einzelnen Völker zu den verschiedenen Rassen betrifft, so ist dies ja eine noch keineswegs für alle gelöste Frage; ich habe mich im Grossen und Ganzen an die von E. Schmidt in seinem Sammlungs-Katalog gegebene Eintheilung gehalten, wenngleich die Umgrenzung des Erdtheils sich durchaus nicht immer mit der der Rasse deckt. Doch dürfte durch ein solches etwas summarisches Verfahren nach dem, wie das Resultat der Untersuchung sich stellt, eine Beeinflussung desselben ausgeschlossen sein.

Es wurden untersucht:

von Europäern	1054	Schädel,
„ Afrikanern überhaupt	773	„
von diesen waren:		
afrikanische Neger	257,	
moderne u. antike Egypter . . .	516,	
von Asiaten	491	Schädel,
„ Amerikanern	202	„
von diesen wurden selbstuntersucht . . .	176,	
und zwar entfallen auf:		
1) alte Peruaner	111	Schädel,
2) Grönländer	19	„
3) Indianer	20	„
4) Mexicaner	22	„
5) Guarapavaner	4	„
von Australiern und Ozeaniern . .	113	„

Bei den 2633 Schädeln habe ich im Ganzen 16mal Exostosen im äusseren, knöchernen Gehörgang gefunden und zwar der Häufigkeit des Vorkommens nach geordnet:

bei amerikanischen Schädeln	13	mal	oder in	6,4	pCt.	aller	Schädel,
„ australischen und ozeanischen	2	„	„ „	1,77	„	„	„
„ modernen und antiken Egypter-Schädeln .	1	„	„ „	0,19	„	„	„
„ afrikanischen Negern . „ Asiaten . . . . . „ Europäern	0	„	„ „	0,00	„	„	„

Zerlegt man diese Zahlen weiter, so zeigt sich, dass von den 13 Exostosen amerikanischer Schädel allein 12 auf solche alter Peruaner und nur eine auf einen mexicanischen Schädel[3]) entfallen, so dass von den 111 von mir selbst untersuchten Peruaner-Schädeln 10,8 pCt Exostosen im äusseren knöchernen Gehörgang hatten, während dies bei den 22 Mexicanern in 7,4 pCt. der Fall war. Alle übrigen amerikanischen Schädel waren frei von Exostosen.

Den einen ozeanischen Schädel mit solchen fand ich in Halle; er stammte von der Ostküste der Insel Oahu, einer der Sandwichs-Inseln, wo er im Flugsande des Meeresstrandes gefunden worden war; den anderen in Leipzig; es war ein Kanaka-Schädel. Der einzige mit Exostosen behaftete egyptische Schädel befindet sich ebenfalls in der Sammlung

[3]) Craniologische Sammlung des anatomischen Instituts zu Berlin No. 21647.

Digitized by Google

des Herrn Professor E. Schmidt und ist der Schädel eines alten Egypters von Philae[4]).

Wir werden sehen, dass sich die angeführten procentuarischen Verhältnisse, wenn wir noch weitere, in der Literatur vorhandene, einschlägige Angaben berücksichtigen, noch etwas ändern und zwar zu Gunsten des schon jetzt zu Tage tretenden Ergebnisses, dass Gehörgangsexostosen an amerikanischen Schädeln, und insbesondere an solchen alter Peruaner, ein relativ recht häufiges Verkommniss sind, worauf schon von Anderen, so namentlich von Virchow[5]), hingewiesen ist, dass aber das vorliegende, immerhin nicht ganz kleine statistische Material die ganz allgemein gehaltene Behauptung nicht stützt, dass Gehörgangsexostosen „bei überseeischen Rassen ausserordentlich viel häufiger sind, als bei den Völkern unseres Continents[6])"; denn es trifft dies nur zu für die Amerikaner und wohl auch Australier bezw. diesen verwandte Völkerschaften, den Ozeaniern, nicht aber nach meinem Material für afrikanische Neger und die mongolische Rasse.

Die Exostosen der alten Peruaner, welche einzeln in dem beigegebenen Anhange genauer beschrieben sind, sollen uns zunächst beschäftigen.

Die Knochen alter Peruaner haben seit längerer Zeit durch eine Reihe interessanter Befunde die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. In Deutschland scheint zuerst Zschokke durch seine im Jahre 1845 erschienene Inaugural-Dissertation „über eine merkwürdige, bisher unbekannte, krankhafte Veränderung an Menschenknochen aus Peru" den ersten Anstoss zu weiteren Untersuchungen dieser interessanten Befunde gegeben zu haben. Er beschrieb[7]) an Röhrenknochen aus Peru, die von Tschudi einem gemeinsamen Grabe bei Lurin, südlich von Lima, entnommen waren und nach Virchow's Ansicht anscheinend sehr jugendlichen Individuen angehörten, Wucherungen der diploetischen Substanz, schwammige Exostosen und schwammige, keulenförmige Auswüchse der Gelenkenden und ihrer nächsten Umgebung, sowie schwammige Exostosen am Os ileum und an einem Gelenkfortsatz eines Unterkiefers. Virchow hatte später Gelegenheit, einen Theil dieser Knochen selbst zu untersuchen, und ist der Ansicht[8]), es könne nicht der mindeste Zweifel darüber bestehen, dass die von Zschokke beschriebenen krankhaften Veränderungen „in das Gebiet der sogenannten multiplen Exostosen zu setzen" seien, welche ihre Entstehung einer Entwickelungsstörung beim Knochenwachsthum verdanken, welche darin besteht, dass „am häufigsten in der Nähe der Epiphysen einzelne Knorpelstücke aus der gemeinsamen Entwickelung ausscheiden, eine Zeit lang in ruhendem Zustande verharren und später eine selbstständige Weiterbildung, sei es zur Knorpelwucherung, sei es zu Knochen eingehen." Bisher sind wenigstens in

[4]) No. 747 des Sammlungs-Katalogs.

[5]) Virchow: Ueber krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner. Sitzungsberichte der Königlich preussischen Academie der Wissenschaften zu Berlin. Jahrgang 1885; II. Halbband, pag. 1139 u. f.

[6]) Welcker. L. c.

[7]) Ich folge im Nachfolgenden den Angaben Virchow's in seiner Abhandlung über krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner, da mir die einschlägigen Quellen selbst nicht zur Verfügung stehen.

[8]) L. c.

Digitized by Google

deutschen Sammlungen anscheinend keine vollständigen Skelette alter Peruaner vorhanden, an denen der Nachweis erbracht werden könnte, ob gleichartige, pathologische Veränderungen des Knochenwachsthums auch an den Schädeln solcher Skelette mit multiplen Exostosen sich finden. Für die alten Peruaner muss mithin diese Frage zunächst offen bleiben, wenngleich ihre Beziehung uns mit Rücksicht auf die Thatsache nicht allzu wahrscheinlich scheint, dass die multiplen Exostosen, welche man ja auch an Skeletten der einheimischen Bevölkerung findet, überwiegend häufig die Extremitäten befallen und den Kopf, namentlich den Schädel, frei lassen [9]). Häufig sind Exostosen der Schädelknochen auch bei den alten Peruanern sicherlich nicht, wenn wir eben von denjenigen des einen kleinen Knochens, dem Os tympanicum, absehen; denn sonst wäre diese Thatsache bei den sorgfältigen Untersuchungen der vielen hundert Schädel, die jetzt nun schon vorliegen, sicherlich längst hervorgehoben, ebenso wie die sonstigen mannigfachen anderen Störungen der Ossification, welche an ihnen zu beobachten sind. Ich erinnere nur an die dauernde oder zeitweise Persistenz der Hinterhaupts-Quernaht bei den alten Peruanern oder gewissen altperuanischen Stämmen [10]), an die frühzeitige und nicht selten vollkommenste Synostose der Schädelnähte, an Hyperostosen und Sklerosen und an die uns beschäftigenden Exostosen des äusseren Gehörganges.

Die Erklärung, welche Seligmann für das gehäufte Auftreten dieser gab, war die, dass durch die bei den Peruanern übliche Sitte, jungen Leuten die Ohrläppchen zu durchstechen und die Löcher behufs Anbringung umfangreichen Ohrschmuckes gewaltsam zu erweitern, ein pathologischer Process herbeigeführt werde, der schliesslich auf Gehörgangsknochen und Knorpel übergreife. Virchow [11]) hat im Hinweis einerseits auf die gleiche, bei vielen anderen Völkern bestehende Sitte, ohne dass derartige Folgen auftreten, und andererseits im Hinblick auf das Vorkommen von Exostosen gerade auch bei Völkern, welche keineswegs so umfangreichen Ohrschmuck tragen, dass durch diesen eine stärkere Reizung auf Knorpel und Knochen des äusseren Gehörgangs ausgeübt werden könnte, die Erklärung Seligmann's als in keiner Weise stichhaltig zurückgewiesen. Seine eigenen Untersuchungen [12]) von 134 Schädeln alter Peruaner der Sammlung Reiss und Stübel zeigten ihm, dass die Exostosen bei den Peruanern in der Regel „die äussere Hälfte des knöchernen Gehörgangs einnehmen und ausnahmslos von einem der Ränder der Pars tympanica des Schläfenbeines und zwar am häufigsten von dem hinteren, nicht selten von dem vorderen, häufig jedoch auch von beiden entspringen." Der Hergang ihrer Entstehung ist der, „dass der Rand sich Anfangs verdickt, dann mehr und mehr anschwillt und sich allmählig geschwulstartig auftreibt". Die Zahl der von demselben Rande entspringenden Exostosen wechselt, zuweilen ist es nur eine, zuweilen sind es mehrere. „Die Structur erscheint äusserlich

---

[9]) Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1864—65, II. Bd., pag. 86.

[10]) Virchow: Ueber einige Merkmale niederer Menschenrassen am Schädel. Physikalische Abhandlungen der Königlichen Academie der Wissenschaften zu Berlin aus dem Jahre 1875. Pag. 99.

[11]) Ueber krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner. L. c.

[12]) L. c.

Digitized by Google

stets sehr dicht, sclerotisch oder elfenbeinern, jedoch entspricht der innere Bau diesem Aussehen nicht vollkommen.“ „Wenn man erwägt,“ sagt Virchow[13]) bezüglich der Natur und Entstehungsursache, „dass die bezeichneten Randstellen den Punkten entsprechen, wo der knorplige Gehörgang sich an den knöchernen anschliesst, so liegt der Gedanke sehr nahe, dass diese auriculären Exostosen der Exostosis cartilaginea und der Exostosis multiplex der Extremitäten- und der platten Knochen verwandt seien. Es sind eben excessive Wucherungen an Stellen, welche zur Ossification schreiten“, so dass die Thatsache als feststehend angesehen werden dürfte, „dass sie auf irritativen Störungen der normalen Knochenentwickelung beruhen“. Wie die Literatur zeigt, hat es etwas Verlockendes, diese irritativen Störungen in einen Zusammenhang mit der fast an allen Peruaner-Schädeln zu beobachtenden, mehr oder weniger hochgradigen, künstlichen Deformirung zu bringen. Eine unmittelbare Verbindung zwischen Beiden weist Virchow mit Rücksicht darauf, dass gerade seine am stärksten deformirten Aucon-Schädel keine Exostosen aufweisen, von der Hand; doch äussert er sich bezüglich eines mittelbaren Causalnexus dahin, dass die Möglichkeit anerkannt werden müsse, „dass durch die Verdrückung und Verschiebung der Schädelknochen die Verwachsung der Pars tympanica erschwert oder geradezu verhindert, und so eine Prädisposition zu der Veränderung der Ränder dieses Knochentheiles gegeben werden könne.“ Aus den Thatsachen indess, dass die meisten der Schädel, an denen er Exostosen fand, etwas, wenige stark, manche anscheinend gar nicht deformirt waren, und die Exostosen sehr wahrscheinlich nahe verwandt mit der Exostosis cartilaginea und multiplex sind, scheint ihm hervorzugehen, „dass die Wirklichkeit der bezeichneten Möglichkeit wenig entspricht“ und es somit angezeigt erscheint, dass man verläufig die künstliche Deformation aus der Reihe der Ursachen der Gehörgangs-Exostosen streichen muss.

Wenn ich nun auf meine eigenen Untersuchungen der 111 Peruanerschädel näher eingehe, so geschieht dies deshalb, weil ich die Möglichkeit eines mittelbaren Zusammenhangs zwischen einer besonderen Art der Schädeldeformirung und der Gehörgangsexostose in gewisser Beziehung stützen zu können glaube.

Ich habe an meinen Peruaner-Schädeln drei Abweichungen von der normalen Knochenentwicklung des Os tympanicum gefunden. Hyperostosen, d. h. eine allgemeine oder fast allgemeine Verdickung des Knochens, Periostosen, womit ich die flachen, wallartigen, breit aufsitzenden und ohne bestimmte Umgrenzung in die Umgebung übergehenden Knochenerhebungen bezeichne, und schliesslich Exostosen, d. h. Knochenneubildungen mit mehr oder weniger scharf umgrenzter Form, welche von beschränkter Stelle des Knochens ausgingen. Alle drei Formen kommen für sich, aber auch miteinander gemeinschaftlich vor und beschränkten sich stets auf das Os tympanicum, während Schuppe und Warzentheil, soweit sie zur Bildung des äusseren knöchernen Gehörgangs beitragen, frei waren.

Die Periostosen fanden sich sowohl an der vorderen wie hinteren

---

[13]) L. c.

Digitized by Google

Wand und erstreckten sich theilweise, soweit eine Beurtheilung bei der Besichtigung von aussen möglich war, bis in die Nähe des Paukenringes, wobei sie sich allmählig abflachten.

Als Ausgangspunkt der Exostosen dienten stets die Ränder des Os tympanicum, und zwar des vorderen wie hinteren in annähernd gleicher Häufigkeit. Mit einer Ausnahme, wo zwei kleine, knopfförmige Exostosen in der Nähe des Annulus tympanicus von dem vorderen Rande des Os tympanicum entsprangen, war der Sitz derselben die äussere Hälfte, in einzelnen Fällen der äusserste Punkt eines der Ränder, so dass dann die Knochengeschwülste aus der Ohröffnung hervorragten, wie dies die Abbildungen 4 und 5 zeigen.

Ihre Oberfläche war bald glatt, bald höckerig, bald fein gerifft und nicht ganz selten hatte man den Eindruck, als ob mehrere kleinere zu einer gemeinsamen grösseren Exostose sich vereinigt hatten. Manchmal war der eine oder andere Rand wulstig verdickt und trieb nur an umgrenzter Stelle eine Exostose.

Wir haben somit im Wesentlichen ein Bild der pathologischen Veränderungen des Os tympanicum, wie es die Exostosis multiplex der langen Röhrenknochen bietet; neben der multiplen Exostose die allgemeine Hyperostose und die Periostose der Gelenkenden. Auch die von Virchow[14]) beschriebene, mangelnde oder unvollständige Verwachsung der Ränder des Os tympanicum mit der Schläfenschuppe und dem Warzenfortsatz konnte häufig neben der eigenthümlichen Einrollung der Ränder beobachtet werden. Die beigegebenen Abbildungen der Exostosen zeigen deutlich auch diese Verhältnisse. Die Deformirung war bei den einzelnen Schädeln offenbar eine verschieden starke und auch verschiedenartige, doch ist ihr Endeffect mit Bezug auf die Verkürzung der sagittalen Axe des Schädels, wie wir sehen werden, bei allen Schädeln mehr oder weniger in soweit der gleiche, als nur der erreichte Grad der Brachycephalie ein verschiedener ist. Die künstliche Deformirung der Schädel bei den alten Peruanern ist bekanntlich keineswegs eine nur bei ihnen vorkommende Sitte, wenngleich wohl kaum bei einem anderen Volksstamm uns in solcher Zahl so monströse Schädelformen, wie gerade bei ihnen, entgegentreten, sie ist vielmehr Theilerscheinung einer in den ältesten Zeiten schon vorhandenen und noch bis in die Jetztzeit bei verschiedenen, selbst höchst cultivirten Völkern, wie den Franzosen, fortbestehenden Gewohnheit, deren Entstehung man bald auf Zweckmässigkeitsgründe, bald auf Nachahmungstrieb zurückgeführt, und deren Rückwirkung auf leibliche und geistige Gesundheit verschiedene Beurtheilung gefunden hat.

Aus einer alten kirchlichen Verordnung geht hervor, dass bei den Peruanern wenigstens drei verschiedene Deformirungsmethoden zur Anwendung kamen, welche man als Caito, Oma und Opalku bezeichnete[15]), und man hat Grund, anzunehmen, dass gewisse provinzielle Unterschiede bestanden, vielleicht auch gewisse Deformationsmethoden einzelnen Fa-

---

[14]) L. c.

[15]) Bräss: Beiträge zur Kenntniss der künstlichen Schädelverbildungen. Inaugural-Dissertation. Leipzig 1887. Pag. 15.

Digitized by Google

milien vorbehalten waren. Torquemada[16]) berichtet z. B., dass diejenige Methode, welche Thurmköpfe erzeugte, nur bei der Königlichen Familie angewendet wurde.

Nach dem Resultat der künstlichen Verbildung unterscheidet Morton[17]) vier verschiedene Kopfformen: solche, bei denen der Schädel schief nach hinten und oben in die Länge gezogen, oder zuckerhutförmig in die Höhe gestreckt ist, oder bei denen die Stirn steil in die Höhe steigt bezw. endlich der Schädel von oben und vornher niedergedrückt ist, so dass er auffallend lang und breit mit abgeplatteter Stirn und flachem Scheitel erscheint. (Fortsetzung folgt.)

Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms.

Von

E. M. Stepanow, Privatdocent in Moskau.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Kehlkopf und Luftröhre. Die Untersuchung der Larynxmucosa ergab, dass die Scleromentzündung nach oben nicht über die Schliessungslinie der Stimmbänder sich verbreitet hatte. Beim Durchsehen der Schnitte aus vielen Stellen der Epiglottis, der Lig. thyreo-epiglotticum, der Taschenbänder traf man die Schleimhaut immer im Stadium der chronischen Entzündung an, mit mässiger Infiltration der oberflächlichen Schichten, aber nirgends mit specifischen Ablagerungen. Die Mucosa der hinteren Larynxwand und der anliegenden Abschnitte der Giessbeckenknorpel ist stark hyperplasirt. Fig. 1 (Taf.) stellt einen Horizontalschnitt durch die hintere Wand, etwas über dem Niveau der Stimmbänder, dar: vielschichtiges, mächtiges Plattenepithel wächst in die Mucosa mit langen, sich verzweigenden Ausläufern hinein; die Mucosa mit ihren zahlreichen Papillen ist durchweg in fibröses Gewebe verwandelt; hier und da findet man eine spärliche zellige Infiltration; die halbzerstörten Drüsen *(g)* nimmt man nur an einer Stelle wahr.

Vom freien Rande der Stimmbänder beginnend zieht sich die specifische Infiltration inclusive bis zum VI. Trachealknorpel hin (also über das ganze Präparat).

Die krankhaften Veränderungen betreffen das rechte Stimmband stärker als das linke. Fig. 3 (Taf.) stellt einen Schnitt durch die Mitte des linken Stimmbandes durchweg bis zum unteren Rande des I. Trachealknorpels dar.

Bei kleiner Vergrösserung überzeugt man sich unschwer, dass die massive Verdickung des Stimmbandes unmittelbar unter dem inneren freien Winkel beginnt in Form stark ausgesprochenen fibrösen Gewebes mit zahlreichen rundzelligen Schaltschichten zwischen den Bündeln. Etwas niedriger zerfällt das Infiltrat in zwei Hauptschichten: in eine ober-

[16]) Bräss: l. c., pag. 16.
[17]) Nach Ranke: Der Mensch. I. Bd., pag. 175.

Digitized by Google

flächliche, subepitheliale *(i)* und in eine tiefe, der Drüsenschicht entsprechende *(g)*. Die erstere zieht sich als schmaler Streifen, dessen Dicke nicht besonderen Schwankungen unterliegt, und zwar nach unten zu etwas schmäler als nach oben; an Stellen tieferen Eindringens der Epithelialzapfen in das Stimmbandgewebe ist der Infiltrationsstreifen breiter, und auch umgekehrt. Die untere Grenze tritt an vielen Stellen in weiter Ausdehnung scharf hervor und verläuft parallel der freien Schleimhautoberfläche; diese Regelmässigkeit wird durch die Ausführungsgänge der in der Circumferenz infiltrirten Drüsen *(d)*, oder durch einzelne, besonders lange Epithelialzapfen unterbrochen.

Die zweite Schicht, die tiefe, bietet weder die Regelmässigkeit, noch die Continuität der ersteren dar.

Sie hebt sich etwa $^1/_2$ Ctm. entfernt vom freien Winkel des Stimmbandes ab und besteht aus einer verhältnissmässig grossen Zahl von inselförmigen Herden, an welchen, je tiefer nach unten, die Drüsenstructur immer deutlicher hervortritt.

Längs der Infiltrationsschicht der Drüsen', an der medianen Seite (der Mucosa zugewandt) findet man zwei bis drei Streifchen eines rundzelligen Infiltrats, die stellenweise in einen confluiren. Diese rundzelligen Striemen sind Infiltrate längs der Ausführungsgänge von Drüsen; allem Anscheine nach sind diese Ausführungsgänge die Verbreitungswege des Processes in die Tiefe, auf die Drüsenschicht.

Das Epithel ist in der ganzen Ausdehnung des Stimmbandes ein mehrschichtiges, plattes, mit verhornter oberflächlicher Schicht. Epithelverlust und Entblössung des darunterliegenden Granulationsgewebes ist sehr selten. Von der Epithelialschicht in ihrer ganzen Ausdehnung ziehen in die Tiefe zahlreiche Zapfen von verschiedener Form und Länge; da einige von ihnen in schräger Richtung verlaufen, so sieht man auf Frontalschnitten der Mucosa zuweilen isolirte Inseln von Plattenepithel, welche den Transversalschnitt derselben darstellen.

Das Subepithelialinfiltrat füllt alle zwischen den Epithelialzapfen befindlichen Räume aus, wodurch eine Anzahl Papillen, deren Form und Dimensionen durch die Form der Zapfen bestimmt, gebildet wird.

Die Grenze der epithelialen und subepithelialen Schichten ist nicht überall scharf ausgesprochen, denn an einigen Stellen dringen die runden Zellen des subepithelialen Infiltrats zwischen die Epithelzellen ein.

Die Bindegewebeschicht zwischen dem tiefen und oberflächlichen Infiltrat, sowie zwischen denen der Drüsen und Ausführungsgänge besteht aus dicht gedrängten, longitudinalen, geraden Fasern mit zahlreichen schlanken, spindelförmigen Kernen; hier und da sieht man längliche schmale Streifen eines rundzelligen Infiltrats im Verlaufe der Capillaren.

Bei starken Vergrösserungen findet man an entsprechend gefärbten Präparaten im Subepithelialinfiltrate stellenweise eine Menge Mikuliczscher Zellen und Bacillen. Sie liegen gewöhnlich unmittelbar unter dem Epithel. Diese oberflächliche Infiltratschicht erscheint bei schwacher Vergrösserung hell, weil die Zellenkerne weit von einander liegen; letzteres ist bedingt durch die Grösse der an Bacillen reichen Zellen selbst. Eine genaue Vorstellung von der Anzahl der Microben giebt nur das Färben mit Methylenblau 24^h lang mit vorsichtiger, nachfolgender Alcoholbehandlung, oder mit Carbol-Gentiana und vorsichtigem Entfärben mit

Digitized by Google

einer schwachen Essigsäurelösung (1/4 — 1/8 pCt.), oder nur mit Alcohol; nur auf solche Weise kann man die kleinsten, hauptsächlich in diesen Zellen sich befindenden Microben tingiren (Tafel, Fig. 11). Zwar kommen auch hier Herde von grösseren und selbst grossen Bacillen, die wir in den tiefen Schichten dieses Infiltrats angetroffen hatten, vor.

Uebrigens bieten nicht alle Papillen das gleiche Bild dar. In einigen ist die ganze Papille durchweg von dichtgedrängtem rundzelligen Infiltrat durchsetzt, wobei die Microben entweder ganz fehlen oder nur spärlich vorhanden sind.

Die Infiltrate der tieferen Schicht weisen Mikulicz'sche Zellen und Microbenherde viel seltener auf; eine grosse Rarität bilden sie in den Infiltraten der Drüsen selbst.

In den inselförmigen Infiltraten zwischen den Bündeln des derben fibrösen Gewebes, zwischen Muskel und innerem Winkel des Stimmbandes *(i)* liegen in grosser Zahl hyalindegenerirte Zellen und freie Schollen; zwischen denselben kommen hier und da vereinzelte Mikulicz'sche Zellen resp. Microbenhaufen vor. An der Peripherie dieser Infiltrate stösst man häufig auf Uebergangsformen von runden zu spindelförmigen Zellen; sie sind hier in grosser Anzahl. Spindelförmige Elemente beobachtet man auch an der Peripherie anderer Infiltrate.

Adventitia und Media der kleinen Arterien und Venen sind grösstentheils infiltrirt; an einigen sind diese Membranen bindegewebig verdickt und das Gefässlumen verengt; zuweilen ist letzteres mit abgelöstem (proliferirendem?) Endothel vollgepfropft. Sehr deutlich war die bindegewebige Verdickung der Adventitia und Media und die Lumenverengerung grösserer Arterien in den fibrösen Schichten des freien Winkels der Stimmbänder ausgesprochen; die Intima selbst schien nie verdickt. Ein Theil der Fasern des M. thyreo-aryt. war durch fibröses Gewebe, welches stellenweise vereinzelte, noch gut erhaltene Muskelfasern aufweisen konnte, ersetzt. Die Fasern der nächstliegenden Muskelbündel waren durch Reihen runder Elemente von einander separirt. Die Substanz dieser Bündel schien unversehrt.

In den Drüsen nahm die Infiltration das interacinöse Bindegewebe in Anspruch und zog sich den Wandungen der Ausführungsgänge entlang. Die Anfangsbezirke der Ausführungsgänge waren austapezirt mit mehrschichtigem Plattenepithel, das hier von der Schleimhautoberfläche sich fortsetzte. Hart am Eingange schien die obere Schicht dieses Epithels verhornt; von hier abwärts nahm der Epithelialüberzug (des Canals) des Ganges mehrschichtigen Plattenepithel-Character an: die Zellen waren zuerst drei-, dann zweischichtig; noch mehr abwärts stiess man zuletzt auf niedriges, einschichtiges Cylinderepithel.

Acini mit gut erhaltenem Epithel traf man fast gar nicht an; gewöhnlich lag in der Höhlung der Acini Zellendetritus in Form feiner Maschen, hier und da mit Kernen. In stark degenerirten Drüsen waren hier und da transversale Schnitte der mit noch gut erhaltenem Epithel austapezirten Ausführungsgänge zu sehen.

Die Mucosa des oberen Abschnittes der Trachea (bis zum VI. Knorpelring) bot die Fortsetzung der so eben beschriebenen Veränderungen dar, weshalb eine ausführliche Schilderung derselben überflüssig, wogegen der

Digitized by Google

hier gefundenen Herde des neugebildeten Knorpel- und Knochengewebes gedacht werden soll.

Da die infiltrirten Drüsen der Trachea in unmittelbarer Nähe mit den Knorpeln sich befinden, so war es selbstverständlich, dass Perichondrium und Knorpel vom chronisch entzündlichen Process zuweilen ergriffen wurden.

Auf dem Niveau des VI. Tracheaknorpelringes stiess man auf einige knorplige und selbst knöcherne Inselchen von verschiedener Grösse; diese letzteren lagen alle unmittelbar dem verdickten und an spindelförmigen Elementen reichen Perichondrium auf, oder sie confluirten mit ihm durch breite, bindegewebige Striemen von solch einem Aussehen, wie das Perichondrium selbst. Die grösste Masse dieser Inselchen bestand aus jungem Hyalinknorpel; bei einigen von ihnen begann im Centrum sich Knochengewebe zu entwickeln.

Der Knorpel der Trachealringe war stellenweise verändert. Die Grenze zwischen ihm und dem Perichondrium war nur schwach angedeutet; in den oberflächlichen Schichten fand man eine bedeutende Anzahl von runden und spindelförmigen Zellen.

Stroganoff*), der sehr genau die Entstehung der knorpligen und knöchernen Inselchen studirt hat, da sie sehr zahlreich in seinen Fällen sich vorfanden, beweist die Möglichkeit der Knorpelbildung auf heterogenem Wege aus Granulationsgewebe. In dem von uns beobachteten Falle war der Zusammenhang zwischen den neugebildeten Inselchen und Perichondrium ein manifester.

Ausser in dem bereits angeführten Abschnitte, nahe dem freien Winkel des Stimmbandes, fand man nur selten in der weiteren Ausdehnung der Infiltrate hyaline Kugeln.

Es erübrigt noch zum Schluss, den feineren Bau des Scleroms abzuhandeln.

Ausser dem Material, das mir durch die Autopsie anheimfiel, benutzte ich zahlreiche Gewebspartikelchen, den Pat. bei Lebzeiten entnommen; sie wurden gehärtet in Alcohol, Osmiumsäure, Müller'scher und Flemming'scher Flüssigkeit.

Oben wurden die Epithelveränderungen beim Sclerom beschrieben und dabei der sich in ihnen bildenden Vacuolen gedacht; in einigen derselben des Flimmerepithels auf der Nasenschleimhaut (Rand der Erosion *C*) lagen viele Sclerombacillen so angeordnet, wie man sie in den Vacuolen Mikulicz'scher Zellen anzutreffen pflegt. Ein jegliches Anzweifeln dieses Factums fällt weg durch die Färbung der Bacillencapseln in einigen Vacuolen (Taf., Fig. 10 *v'c'*). Die Microben enthaltenden Vacuolen befanden sich immer in der Tiefe der Epithelialschicht. Vacuolen in der Nähe der freien Epithelialoberfläche wiesen keine Bacillen auf. (Einen interessanten Befund liefert die rechte Vacuole mit Bacterien [Taf., Fig. 10]; sie communicirt mit einer kleinen, in der Schleimhaut befindlichen vermittelst einer winzigen Oeffnung.)

Es ist schwer, mit Bestimmtheit zu sagen, wo eigentlich die Microben

*) Stroganoff: Zur Pathologie der chronischen Blennorrhoe der Schleimhaut der Athmungswege. — Arbeiten der Hospital-Aerzte zu Odessa, Lief. IV, 1881. (Russ.)

Digitized by Google

liegen, ob in den epithelialen oder aber in den gewöhnlichen runden, in der Epithelialschicht eingelagerten Zellen; das erste ist wahrscheinlicher, als das zweite. Das Auftreten von Mikulicz'schen Zellen in der Epithelschicht ist ein höchst interessantes Factum und, so weit uns bekannt, bis jetzt nur von Kranzfeld und Paltauf beobachtet worden.

Auch Juffinger weist in seiner letzten Arbeit auf das Vorkommen von Bacterien im Epithelialüberzuge des Gaumens hin.

Die runden Zellen des Sclerominfiltrats sind zur Genüge von vielen früheren Beobachtern (hauptsächlich von Wolkowitsch) studirt worden, weshalb ein näheres Eingehen auf sie überflüssig ist. Ueber ihre Entstehung wusste man bis zur letzten Zeit nichts Genaues. Mikulicz war der Meinung, dass die Mehrzahl derselben auf irgend welche Weise von den Gefässen herstamme. Mibelli hielt ihre Entstehung aus den fixen Bindegewebszellen und hauptsächlich aus den Zellen der Gefässwandungen für höchst wahrscheinlich.

Sowohl wir als auch andere frühere Autoren hatten nie Gelegenheit, die Figuren der Kerntheilung zu sehen. Nur Juffinger konnte letztere in den Zellen der Gefässwandungen, in ihrer unmittelbaren Peripherie und in einzelnen Granulationszellen constatiren.

Jetzt ist es durch eine Reihe von Untersuchungen erhärtet, dass die Sclerombacillen sich in besonderen grossen Zellen, die zuerst bereits von Mikulicz beobachtet worden, einnisten. Frisch fand die Bacillen fast ausschliesslich in diesen Zellen; seine Beschreibung ist zwar kurz, aber selten exact.

Die Untersuchungen von Wolkowitsch, Paltauf, Mibelli und Juffinger haben zur Arbeit Frisch's einige Ergänzungen gebracht. Das Dittrich'sche Schema der Entwicklung Mikulicz'scher Zellen ist durch die Arbeiten der eben genannten Autoren nicht bestätigt worden.

Meine eigenen Beobachtungen über Bau und Entwicklung Mikulicz'scher Zellen haben zu denselben Resultaten geführt.

Gut entwickelte Mikulicz'sche Zellen sind grosse, runde, ovale, spindelförmige oder unregelmässig configurirte Körper, die eine oder sehr oft mehrere kleine Vacuolen mit Bacillen enthalten*). In der allergrössten Mehrzahl Mikulicz'scher Zellen sieht man (*b a*) einen Kern, der bald gut erhalten, bald geschrumpft ist. In einigen, dem Anscheine nach kernlosen Zellen waren sie vielleicht nicht in den Schnitt gekommen: Die Zellen sind so gross, dass sie bequem für zwei Schnitte ausreichen (Taf., Fig. 8 und 12). Das Zellenprotoplasma ist nach der Peripherie hin gedrängt und erscheint fein netzförmig oder feinkörnig. Einige Zellen sind ohne Vacuolen; die oft zahlreichen Microben liegen direct im netzförmigen Protoplasma und sind zuweilen von einem hellen Saum umgeben, welcher einer Bacillenkapsel entsprechen könnte (Taf., Fig. 5 *e, g*). Auch solche Zellen sind anzutreffen, wo ein Theil der Microben in einer Vacuole gruppirt ist, die andern dagegen im feinmaschigen Protoplasma (Taf., Fig. 8). Gewöhnlich sind die in ein und derselben Zelle liegenden Bacillen von fast gleicher Grösse; aber in verschiedenen, oft neben einander sich befindenden Zellen unterliegt ihre Grösse oft bedeutenden Schwankungen; das betrifft besonders Mikulicz-

*) Der Polymorphismus Mikulicz'scher Zellen erhellt aus Fig. 8, Taf.

Digitized by Google

sche Zellen aus jungen Herden der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut. In einigen Zellen sind die Microben dermassen klein, dass das Auge sie nur schwer wahrnimmt (Taf., Fig. 11), aber selbst bei diesen winzigen Bacillen lässt sich bei günstiger Färbung zuweilen die Anwesenheit von Kapseln nachweisen. Solche mit winzigen Microben versehene Mikuliczsche Zellen trafen wir in grossen Gruppen an einigen Stellen des Kehlkopf-Subepithelialinfiltrats an. Oft war es hier rein unmöglich, an unsern Spirituspräparaten die vacuolisirten Zellen dieser Abschnitte von einander abzugrenzen (Taf., Fig. 11).

Die Präparate aus dem Falle des Herrn Collegen Boëff, sowie aus dem Naseneingang meines zweiten Pat. hatten fast ausschliesslich grosse und gut entwickelte Bacillen aufzuweisen.

Die Anfangsstadien Mikulicz'scher Zellen gelang uns in Präparaten aus jungen Herden der Nasenhöhle zu constatiren. Nie beobachteten wir eine runde Zelle mit 1 — 2 Bacillen ohne gleichzeitige Veränderung im Zellprotoplasma; die letztere bestand entweder in Bildung einer kleinen Vacuole oder trug zur Vergrösserung der Gesammtprotoplasmamasse bei. Die in der Zelle in diesem Entwicklungsstadium sich befindenden Microben zeichneten sich gewöhnlich durch ihre Winzigkeit aus (Taf., Fig. 5 *a*, *b*, *c*). Dieser Umstand erklärt die Schwierigkeit des Auffindens solcher Zellen, da die kleinen Microben beim Abspülen der Präparate mit Alcohol, Essigsäure und hauptsächlich nach der Methode von Gram leicht farblos werden. Im Fall des Herrn Coll. Boëff traf man Mikulicz'sche Zellen im Initialstadium nirgends an, was wohl auf das lange Bestehen des Processes, wobei sich bereits fibröses Gewebe in weiter Ausdehnung gebildet hatte, zurückzuführen ist; selbst Mikuliczsche Zellen waren hier ein seltener Befund und in einigen ziemlich grossen Gewebspartikeln fehlten sowohl sie, als auch die Microben.

Das weitere Entwicklungsstadium der Zelle besteht in der Massenzunahme der Microben und parallelen Vergrösserung des Zellenumfanges, bedingt durch das Wachsthum der Vacuole oder der Vacuolen, falls ihrer mehrere sind; der Protoplasmarest wird nach der Peripherie hin verdrängt oder kann auch ganz verschwinden. Sind in einer Zelle mehrere kleine Vacuolen, so confluiren sie bei ihrer Vergrösserung im Centrum; aber die Spuren einer früher bestandenen Separirung bleiben noch eine Zeit lang an der Peripherie wahrnehmbar (Taf., Fig. 5 *h*, *k*).

Schliesslich platzt die Zellmembran allem Anscheine nach und die freigewordenen Microben emigriren in neue Zellen, aber wie es scheint nicht unmittelbar — sonst würde man wahrscheinlich Zellen mit einer oder zwei grossen Microben antreffen —, sondern in Form einer neuen Generation junger und kleiner Bacillen; ihr Eintritt in die Zellen verursacht eine sich rasch vollziehende Protoplasmaveränderung, wodurch die Schwierigkeit, in einer intacten runden Zelle Microben nachzuweisen, bedingt ist.

Ein anderes, mehr oder weniger häufiges Element im Scleromgewebe sind die sogen. hyalinen Körper, zuerst von Pellizzari und Cornil beschrieben. Dieser letztere Befund ist von allen den Bau des Scleroms studirenden Autoren (mit Ausnahme Dittrich's) angeführt worden. Bald stellte es sich heraus, dass solche Hyalinkörper nicht nur beim Sclerom allein vorkommen. Martinotti fand sie in der tuberculösen Lunge eines

Digitized by Google

Syphilitikers und in den Lymphdrüsen einer Luetikerin; Remedi (cit. bei Mibelli) in verschiedenen pathologischen Producten; Del Chiappa in syphilitischen Ulcera der Genitalien, bei Elephantiasis, Sycosis labii super.; Studakewitsch und Ssawtschenko*) bei Lepra; der Autor in Schleimpolypen der Nase, adenoiden Vegetationen und Polypen des Ohres; endlich Paltauf bei der Actinomycosis.

Nach der Ansicht der überwiegenden Mehrzahl der Beobachter entwickeln sich die Hyalinkörper unter dem Einfluss der Sclerombacillen, da man in einigen derselben die Anwesenheit der letzteren constatiren kann. Einige Autoren (z. B. Wolkowitsch) halten das reichliche Auftreten derselben im Scleromgewebe für eins der histologischen Unterscheidungsmerkmale.

Die microscopischen Eigenschaften der Hyalinkörper (Widerstandsfähigkeit Säuren gegenüber, Unlöslichkeit in Alcohol, Aether, Chloroform, das Tingirtwerden mit Anilinfarben [Fuchsin, Gentiana, Methylviolett haften ihnen an bei Behandlung nach Gram etc.]) sind ausführlich von vielen Untersuchern studirt worden. Nach Wolkowitsch sind die meisten Hyalinkörper in den älteren Abschnitten des Scleromgewebes. Er behauptet weiter, dass die wirkliche Menge des Hyalins bei Weitem grösser ist als diejenige, welche wir in gefärbten Präparaten zu sehen gewöhnt sind, da eine Menge von Körpern beim Entfärben seine frühere Farbe einbüsst.

Die in einigen hyalinen Kugeln angetroffenen Bacillen sind entweder von gewöhnlicher Form oder erscheinen als Pünktchen, als Stäbchen conturirt, als Kerne von verschiedener Grösse etc. Es gelang mir niemals, ähnliche Bildungen in hyalinen Kugeln und Ellipsoiden anzutreffen, im Gegentheil aber sehr häufig in Hyalinmassen unregelmässiger Form**) (hauptsächlich in Infiltraten am medianen Winkel des Stimmbandes).

Die Quantität der hyalinen Körper ist in verschiedenen Fällen und sogar in verschiedenen Abschnitten der Infiltration ein und desselben Kranken ziemlich veränderlich. Ich konnte bemerken, dass Stellen, die sehr reich an Mikulicz'schen Zellen waren, nur wenig hyaline Körper aufzuweisen hatten und umgekehrt. Es kamen aber auch Abschnitte vor, wo sowohl beide in verhältnissmässig grosser Menge anzutreffen waren (an einigen Gewebspartikeln aus der knorpligen Nase beim ersten Pat.).

In den Präparaten vom zweiten Pat., die sehr reich an Mikulicz-schen Zellen waren, kamen Hyalinkörper ziemlich selten vor. Die Gewebspartikel aus dem Fall des Herrn Coll. Boëff, welche, wie schon früher bemerkt, stellenweise an weiten Strecken keine Mikulicz'schen Zellen aufwiesen, waren nicht sehr reich an Hyalinschollen; das rundzellige Infiltrat lag hier in Form von kleinen Inselchen im massiven Narbengewebe eingestreut. Hieraus ersieht man, dass reichliches Antreffen von Hyalinkörpern in altem Scleromgewebe eine beständige Erscheinung ist.

Die beim ersten Pat. nach anhaltender Pinselung mit Milchsäure entfernten Gewebspartikel wiesen im Vergleich mit früher viel weniger

---

*) Wolkowitsch: Rhinosclerom (russ.), Seite 133.

*) Conf.: Stepanow: Ueber das Vorkommen der sogen. hyalinen Kugeln etc., Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1891, No. 5.

Digitized by Google

Mikulicz'sche Zellen und viel mehr Hyalinkörper auf. Hier traf man Gruppen gut formirter, capseltragender Bacillen in den Intercellularräumen, gleichsam als ob sie in der Hyalinsubstanz eingebettet, an. In anderen Hyalinschollen waren die Microben mehr oder weniger verändert, an die Formen alter Culturen anlehnend.

Betrachtet man die Microben in Hyalinschollen genauer, so kann man sich nicht des Eindruckes erwehren, dass die Hyalinsubstanz keinen günstigen Boden für die Entwicklung von Microben darbietet und dieselben allem Anscheine nach in ihr verkümmern. Reichliches Vorhandensein von Hyalinkörpern im Scleromgewebe bekundet das rasche Erlöschen des specifischen Processes, wogegen sein Blüthestadium durch reichliche Anwesenheit von Mikulicz'schen Zellen characterisirt wird. Deshalb halte ich in Einklang mit Mibelli die Bacillen als Ursache der Hyalinkörperbildung (nicht aller, wie Mibelli meint, sondern nur eines Theils derselben), doch stelle ich mir diesen Process etwas anders vor.

Das Schicksal der in runde Zellen gelangten Microben hängt von der Lebensenergie der Bacillen selbst ab, vom Widerstandfähigkeitsgrad der Zellen und vielleicht noch von äusseren Einflüssen (Behandlung mit energischen Agentien, z. B. Milchsäure, Bougieren). In dem einen Fall vermehren sie sich und zerstören die Zelle, welche sich in eine Bacillencolonie verwandelt; im anderen sind die Bedingungen weniger günstig und die Zelle producirt Hyalinsubstanz, die die Microben einhüllt und ihr Wachsthum behindert. In beiden Fällen geht schliesslich die Zelle zu Grunde; im ersten bilden sich neue Bacillencolonien, im zweiten bleiben sie in der Hyalinsubstanz gleichsam begraben. Von diesem Standpunkte aus kann die hyaline Degeneration als das Auftreten einer Vis medicatrix naturae, welche dem unbegrenzten Vermehren der Bacillen in den afficirten Geweben hemmend entgegentritt, betrachtet werden.

Früher ist darauf hingewiesen worden, dass nicht alle Hyalinkörper ihr Entstehen den Bacillen verdanken; das gilt auch von den hyalinen Kugeln oder Ellipsissen, in welchen man niemals weder Bacillen, noch ihren Zerfall hatte nachweisen können und welche man in Polypen der Nase, des Ohres, in callösen Geschwürsrändern etc., also in Processen, die nichts mit dem Sclerom gemein haben, anzutreffen pflegt.

Die Hyalinkugeln färben sich viel intensiver mit Carbol-Fuchsin und Carbol-Gentiana, als die bacillentragenden Hyalinmassen. Vermuthlich tingiren sich die Hyalinbildungen desto intensiver, je älter sie sind; die Hyalinkugeln pflegen schon zu Beginn einer chronischen Entzündung aufzutreten, wogegen die Hauptmasse der Hyalinschollen mit den Microben erst viel später, in Stadio decrementi des Processes anzutreffen sind; mithin färben sich die letzteren, als jüngere Erzeugnisse, schwächer denn die ersteren.

Die Specifität der Scleromaffectionen an Larynx, Trachea, Bronchen ist jetzt durch eine Reihe von Beobachtungen (Bandler, der Autor, Juffinger zwei Fälle) vermittelst pathologischer und bacteriologischer Untersuchungen sichergestellt.

Gleichzeitig ist die Frage über die Beziehungen zwischen Sclerom und Blennorrhoea Störcki zur Genüge auseinandergesetzt, eine Frage, die

Digitized by Google

bereits Ganghofner aufgeworfen und vollkommen richtig vorherbestimmt hatte. Juffinger und ich haben gleichzeitig*) und unabhängig von einander durch pathologisch-anatomische Untersuchungen nachgewiesen, dass die exquisitesten Fälle Störck'scher Blennorrhoea — Fälle von Sclerom der Athmungswege sind.

Wenngleich nach Juffinger das Sclerom an einer beliebigen Stelle der oberen Athmungswege auftreten kann, so trifft man es doch am häufigsten an gewissen bestimmten Abschnitten derselben: 1) am knorpeligen Theile der Nase, wobei allgemein angenommen wird, dass der Process von der Nasenhöhle aus beginnt; 2) im Cavum pharyngo-nasale; 3) am subligamentösen Theil des Larynx und, nach Juffinger, am freien Rande des weichen Gaumens.

Bis zur Zeit wusste man nicht genau, wo in der Nasenhöhle die Krankheit ihren Ausgangspunkt nehme; auf Grund unseres Falles lässt sich annehmen, dass der Process im Bereiche der Verbindung der knorpeligen Nase mit der knöchernen und an den entsprechenden Abschnitten der knorpeligen Nasenscheidewand anfange.

Im Cavum pharyngo-nasale spielt dieselbe Rolle der hintere Rand der Nasenscheidewand und der Choanen. Die noch von Mikulicz gemachte und von Juffinger bestätigte Voraussetzung, dass das im Cavum pharyngo-nasale sich befindende adenoide Gewebe in Folge seiner Structur einen günstigen Boden für die Scleromentwicklung darstelle, ist wohl schwerlich annehmbar. In dem von mir beobachteten Fall war dasselbe heil und in der klinischen Casuistik kommen nur sehr seltene Fälle vor, in welchen die Luschka'sche Drüse, die Tonsillen und Drüsen an der Zungenbasis selbstständig afficirt wären; gewöhnlich greift der Process vom hintern Rande des Septums oder vom Rande der Choanen auf die Luschka'sche Drüse über.

Welche von den angeführten Regionen am häufigsten erkrankt, ist wohl kaum möglich mit Bestimmtheit auf Grund klinischer Thatsachen zu entscheiden, denn wir sehen in unserm Fall, dass ein Afficirtsein der Oberfläche des weichen Gaumens erst durch die nach dem Tode vorgenommene microscopische Untersuchung bestimmt wurde.

Die angeführten Prädilectionsstellen des Scleroms haben gewisse, ihnen allen gemeinsame Eigenheiten, die vielleicht zur Affection prädisponiren: 1) sie alle bilden die engsten Stellen des oberen Abschnittes der Athmungswege, 2) sind sie in histologischer Beziehung alle nach der Richtung hin gleich, dass in ihrem Rayon eine Art Epithel mit der anderen abwechselt (Platten mit Flimmerepithel und umgekehrt), und 3) dass die angeführten Regionen am häufigsten mechanischen Insulten ausgesetzt sind.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nasenhöhle beim Sclerom sind bis jetzt wenig untersucht worden, viel weniger als die Veränderungen des Cavum pharyngo-nasale und hauptsächlich des Larynx. Bis jetzt sind in der Literatur neun Obductionsprotocolle von Sclerom mit weniger oder mehr ausführlichen micro- und macroscopischen

*) Russisch im October 1892 in der Festschrift des Prof. Klein erschienen.

Digitized by Google

Untersuchungen mitgetheilt worden*). Das Hauptaugenmerk war in fast allen Fällen den Veränderungen des Larynx und der Trachea zugewandt. Die ziemlich dürftigen Hinweise über die Veränderung in der Nasenhöhle sind nur in 4 Fällen angeführt (Ganghofner, Chiari, Pellizzari, Juffinger).

Alle unsere Kenntnisse über die Veränderungen der Nasenhöhle beruhen hauptsächlich auf die bei Lebzeiten durch die Besichtigung derselben gewonnenen Resultate (zuweilen bei plastischen Operationen, Wolkowitsch), sowie auf Grund microscopischer Untersuchung entnommener Gewebspartikel.

Um diese bestehenden Lücken auszufüllen, ist die Nasenhöhle unseres Patienten auf das Sorgfältigste untersucht worden, wobei wir uns vom Vorhandensein von Scleromherden in der Nasenschleimhaut, die mit blossem Auge nicht bestimmt werden konnten, überzeugten.

Die Untersuchung ergab weiter, dass wirklich zwischen dem Ergriffenwerden des vordern und hintern Nasenabschnitts und des Cavum pharyngo-nasale ein unmittelbarer anatomischer Zusammenhang nicht existirt (richtiger gesagt — nicht zu sein braucht) und dass das Sclerom hier als isolirte, separirte Herde auftritt. Dadurch wurde die oft geäusserte Voraussetzung vom Weiterschreiten der Krankheit per continuitatem aus dem Cavum pharyngonasale nach vorne und umgekehrt beseitigt.

Die diffusen Infiltrate, unter deren Bilde in unserem Falle die Krankheit vorzüglich sich manifestirte, lagen oberflächlich in der Subepithelialschicht und vertieften sich nicht jenseits der Drüsenschicht; der Process begann also in den dem Epithel am nächsten gelegenen Schichten der Mucosa. Die Anwesenheit Mikulicz'scher Zellen im Epithel selbst erhärtet die Voraussetzung, dass vielleicht zuweilen als Ausgangspunkt für die Entwicklung der Krankheit die Epithelschicht verantwortlich gemacht werden muss, so wie zum Zustandekommen der Infection eine Continuitätsverletzung des Epithels nicht nothwendig ist (Juffinger).

Die Veränderungen im Cavum pharyngo-nasale und hauptsächlich im oberen Abschnitte des weichen Gaument boten ebenfalls das Bild einer oberflächlichen, diffusen, subepithelialen Infiltration dar. Ausläufer nach der Tiefe hin an der hinteren Grenze des Infiltrats entsprachen, was an einigen Schnitten constatirt wurde, den Drüsenausführungsgängen.

Die Dicke des weichen Gaumens und seine untere Fläche waren unverändert, aber die Infiltration streifte schon den vorderen Rand der oberen Drüsenschicht.

Das intraacinöse Bindegewebe der Drüsen ist besonders geeignet für Verbreitung von Scleromfiltrationen und da die obere und untere Drüsenschicht einen bedeutenden Theil der Gaumendicke ausmacht, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass vielleicht einige Fälle mit besonders stark ausgesprochener Veränderung in Bezug auf Gestalt und Form des

---

*) Die Fälle von Ganghofner, Chiari, zwei Fälle von Stroganoff, ein Fall von Pellizzari, Bandler, mein Fall und zwei von Juffinger. Letzterer führt in der Literatur nur 3 Fälle an; er liess den Fall von Pellizzari durch und kannte nicht die Arbeiten Stroganoff's.

Digitized by Google

weichen Gaumens vorzüglich das Resultat der Infiltration und des Ersetztwerdens dieser Drüsen durch Narbengewebe sind.

Die Veränderungen des Larynx unterscheiden sich von denjenigen der Nasenschleimhaut dadurch, dass das Infiltrat hier in zwei Schichten zerfällt: in eine subepitheliale und in eine tiefere, den Drüsen entsprechende. Diese Differenz ist dadurch bedingt, dass die Drüsen in der subligamentösen Strecke viel weiter von der Mucosaoberfläche abstehen, als in der Nasenschleimhaut.

Auch hier beginnt der Process höchstwahrscheinlich in der subepithelialen Schicht und verbreitet sich in die Tiefe längs der Ausführungsgänge auf das intraacinöse Bindegewebe, wo der Boden für das weitere Fortschreiten wahrscheinlich noch günstiger ist, als in der Subepithelialschicht. Tritt hier eine Infiltration in der Nähe einer Drüse auf, so geschieht das Weiterübergreifen auf die nächstliegenden einfach per continuitatem, und zwar viel schneller als in einem primären, subepithelialen Herde. In der That, Juffinger hatte Gelegenheit, eine Infiltration der Drüsenschicht an solchen Stellen anzutreffen, wo an der entsprechenden oberflächlichen Schicht der Mucosa keine Veränderungen vorlagen.

Mit der Zeit verwandeln sich allmählig die beiden Infiltratschichten in Bindegewebe und die Theilung fällt weg; die ganze Mucosa geht in derbes, fibröses Gewebe, in welchem hier und da Häufchen des Infiltrats anzutreffen sind, über.

Zum Schluss ein paar Worte über das Diagnosticiren des Scleroms unter dem Microscop. Nach Paltauf genügt in zweifelhaften Fällen, im Probestück die Abwesenheit der Sclerombacillen zu constatiren, um selbiges auszuschliessen.

Unsere eigene Erfahrung erlaubt uns nicht, uns dieser Behauptung ohne Einschränkung anzuschliessen. Bei der microscopischen Untersuchung der Partikel unstreitigen Sclerongewebes hängt das Auffinden oder Nichtauffinden der Sclerommicroben einzig und allein davon ab, in welchem Entwicklungsstadium der betreffende Abschnitt, aus dem die Probe entnommen wurde, sich befunden hatte. In späteren Stadien, in welchen das fibröse Gewebe die Hauptmasse der Geschwulst ausmacht und die Infiltrate in ihm als kleine Herde eingestreut liegen, ist die Constatirung von Bacillen oft sehr schwer.

In einigen grossen Gewebsstücken, die man während der plastischen Operation aus dem Falle des Herrn Coll. Boëff erhalten und in welchen das fibröse Gewebe besonders stark entwickelt war, konnte man trotz allen Bemühens keine Bacillen nachweisen; an anderen Gewebsstücken dieser Geschwulst waren alle characteristischen Merkmale des Sclerongewebes leicht anzutreffen.

Hieraus folgt, dass, wenn beim Untersuchen reichliches Vorhandensein von fibrösem Gewebe in einer verdächtigen Geschwulst angetroffen wird, nur wiederholtes, sorgfältigstes Untersuchen mehrerer, aus verschiedenen Stellen der Geschwulst entnommener Partikel die Diagnose „Sclerom“ ausschliesst.

Digitized by Google

Aus der Klinik des Herrn Prof. v. Schrötter.

Zwei Sarcome der hinteren Pharynxwand.

Von

Dr. **P. v. Felix**, Secundararzt der Klinik.

In Nachfolgendem sind zwei Fälle von Sarcom der hinteren Rachenwand beschrieben, welche bald nacheinander auf der Klinik operirt wurden. Wie eine Durchsicht der einschlägigen Literatur ergiebt, finden sich Sarcome in dieser Gegend überhaupt nicht häufig. Beide Fälle rechtfertigen eine gemeinsame kurze Besprechung darum, dass das Neugebilde gestielt aufsass und dass der Stiel gerade dem Aditus ad laryngem gegenüber von der hinteren Pharynxwand seinen Ursprung nahm, wodurch die Geschwülste in nähere Beziehung zum Kehlkopf traten und dessen Functionen zum Theil beeinflussten. Auch der histologische Bau ist bei beiden Tumoren sehr ähnlich, es sind beide Spindelzellensarcome.

Den diesbezüglichen microscopischen Befund verdanke ich der Güte des Herrn Prof. Kolisko.

I. Chr. B., Maurer, 59 Jahre alt, angeblich stets gesund, hatte insbesondere niemals irgend welche Beschwerden von Seite des Larynx und Pharynx. Erst seit 3—4 Wochen bemerkt derselbe beim Schlingen ein Drücken im Schlunde und bringt besonders härtere Speisen schwer hinab. Beim Sprechen keine Beschwerden; kein Husten.

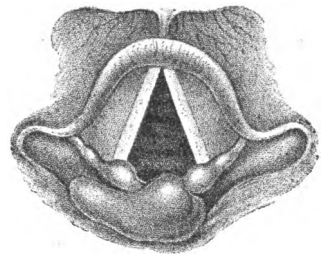
Patient ist von grosser, kräftiger Gestalt, von sehr gesundem Aussehen. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergiebt nichts Abnormes, ebensowenig der äussere Hals; insbesondere finden sich nirgends geschwellte Lymphdrüsen.

Bei der laryngoscopischen Untersuchung (19. Februar) sieht man sofort eine eigenthümliche, auffallende Veränderung an der hinteren Larynxwand. Man erblickt daselbst nämlich eine gleichförmige, und zwar dunkelrothe, beinahe der Spitze eines kleinen Fingers entsprechende, zapfenförmige Geschwulst der hinteren Fläche der hinteren Larynxwand anliegend und über die Mesarytaenoidal-Gegend nach oben vorspringend. Da der Kranke sehr empfindlich ist, ist erst nach wiederholter Untersuchung der genauere Sitz der Geschwulst festzustellen. Dieselbe ist zwischen hinterer Pharynxwand und hinterer Larynxwand eingekeilt, und zwar aus der Mittellinie nach rechts gerückt, derartig, dass ihre Mitte dem rechten Aryknorpel entspricht. Mit einem zapfenförmigen Ende überragt dieselbe die hintere Larynxwand zwischen den beiden Aryknorpeln gegen das Kehlkopfinnere hin. Nach rechts greift sie weiter hinab gegen den rechten Sinus pyriformis und scheint dort ebenfalls zapfenförmig in der Tiefe zu enden. Die der hinteren Larynxwand anliegende Fläche erscheint concav, die gegenüberliegende der hinteren Rachenwand entsprechende convex.

Bei Intonationsvorgängen und Würgbewegungen sieht man sehr deutlich, dass die gegenseitigen Lagerungsverhältnisse des Tumors und des Larynx sich ziemlich beträchtlich verändern, während sich Tumor und hintere Rachenwand anscheinend nicht gegen einander verschieben. Der Tumor ist also offenbar an der Pharynxwand fixirt, was auch später mittels der Sonde festgestellt werden konnte.

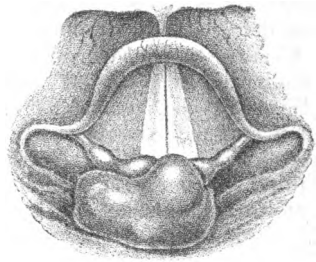
Digitized by Google

Beim ruhigen Athmen ruht der vordere obere Zapfen auf der hinteren Larynxwand auf, legt sich mit der concaven Fläche eng um den rechten



Figur 1.

Aryknorpel herum und berührt auch nach links hin den Aryknorpel. Beim tiefen Inspirium (Fig. 1) bleibt der Contact zwischen der Geschwulst und dem linken Aryknorpel bestehen, während der rechte Aryknorpel sich von jener entfernt hat, so dass zwischen ihm und dem Neugebilde noch ein beträchtlicher Theil der hinteren Larynxwand unbedeckt bleibt. Dabei ragt der Zapfen etwa halb so tief in's Larynxinnere, als die Aryknorpel. Beim Intoniren (Fig. 2) drücken die aneinanderrückenden Aryknorpel das zapfenförmige Ende der Geschwulst in die Höhe, so dass es nunmehr auf beiden oben aufruht. Zugleich wird die ganze Geschwulst etwas emporgehoben. Sie erscheint nun grösser, sowohl in der Richtung von vorne nach hinten, als auch in ihrer Ausdehnung nach rechts hin, wo man jetzt ziemlich deutlich das ebenfalls zapfenartige andere Ende der Geschwulst erblicken kann. Bei dieser durch die Intonationsbewegungen bewirkten Hebung des Tumors macht derselbe auch eine drehende



Figur 2.

Bewegung nach vorne, indem er mit seiner concaven Fläche an dem rechten Aryknorpel gleitet. Dadurch kommt der obere Zapfen, der früher nur wenig über die hintere Larynxwand herüberreichte, weiter nach vorne zu liegen, so dass derselbe jetzt weiter als die Aryknorpel in's Larynxlumen hineinragt.

Uebungen mit der Kehlkopfsonde lassen erkennen, dass die Geschwulst eine derb-elastische Consistenz besitzt und bestätigen, dass sie deutlich beweglich ist und der hinteren Pharynxwand aufsitzt. Man

Digitized by Google

kann sie mit der Sonde etwas von links nach rechts wegschieben und dabei den blässeren, etwas unebenen Stiel zur Ansicht bringen; die Verschiebung von rechts nach links gelingt nur in viel geringerem Maasse.

Nachdem die Empfindlichkeit des Kehlkopfes mehrere Tage hindurch durch Einführen der Larynxsonde abgestumpft worden war, wurde (23. Februar) zur Abtragung der Geschwulst geschritten. Nach dreimaliger Bepinselung mit 20procentiger Cocainlösung wurde eine quergestellte electrische Glühschlinge zwischen hinterer Larynxwand und vorderer Tumorfläche durchgeschoben, um den Tumor herumgebracht und derselbe auf diese Weise durch Durchbrennung des Stieles entfernt. Es erfolgte eine geringe Blutung, die durch Schlucken von Eisstückchen bald gestillt war.

Die Geschwulst zeigt nach ihrer Herausbeförderung folgende Form- und Grössenverhältnisse. Sie hat eine im Ganzen und Grossen nierenförmige Gestalt. Die beiden Pole entsprechen den oben beschriebenen zapfenförmigen Fortsätzen, die Concavität entspricht der Auflagerungsfläche an der hinteren Larynxwand; an der Convexität (der hinteren Pharynxwand entsprechend) befindet sich der Rest des Stieles. Die Geschwulst hat eine Höhe von 10 Mm. (Längsaxe des Körpers), eine Breite von 19 Mm. (frontale Richtung) und eine Dicke von 11 Mm. (Richtung von vorne nach hinten). Die Oberfläche ist grob-höckerig; die Schleimhaut über den einzelnen Höckern glatt. Die Farbe ist im Allgemeinen dunkelroth, stellenweise, namentlich an der Convexität der gröberen Höcker, gelblich; Consistenz derb-elastisch. Der Rest des Stieles in Form eines 7 Mm. breiten, 5 Mm. hohen Ovales an der Convexität des Tumors angeheftet.

Die microscopische Untersuchung des Tumors (Prof. Kolisko) ergiebt folgenden Befund: An der Oberfläche der Geschwulst findet sich ein geschichtetes Plattenepithel, das theilweise necrotisch ist; die oberflächlichen Schichten erscheinen von Rundzellen dicht infiltrirt. Das eigentliche Geschwulstgewebe, das aber bis an das Epithel heranreicht, besteht aus grossen, in Zügen angeordneten Spindelzellen mit ovoiden, scharfrandigen Kernen und ziemlich reichlicher faseriger Grundsubstanz, theils zwischen den Zellzügen, theils zwischen den Zellen selbst. An einzelnen Stellen mitten in die Zellzüge eingelagert grosse mehrkernige, polymorphe Zellen, deren Ausläufer mit dem Stroma zusammenhängen. Von dem oberflächlichen Epithel reichen an einzelnen Stellen dicke Stränge von Epithel in die Tiefe, und finden sich auch im Centrum der Geschwulst vereinzelte, in Hohlräume eingelagerte Inseln von demselben Epithel.

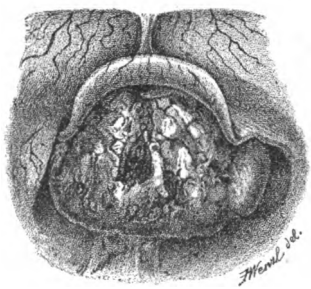
Diagnose: Spindelzellensarcom.

Am Tage nach der Operation und acht Tage später war an der Abtragungsstelle nichts zu sehen. Am 16. März, also etwa 3 Wochen nach der Operation, stellte sich Patient wieder vor; derselbe fühlt keinerlei Beschwerden; bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigt sich an der Stelle, wo der Tumor aufgesessen hatte, eine kleine, halberbsengrosse, kuppenförmige Erhabenheit von gelbrother Farbe. Nach weiteren 14 Tagen (30. März) war diese Erhabenheit wieder etwas kleiner geworden und erwies sich seither (letzte Untersuchung am 19. Mai) unverändert.

Digitized by Google

II. E. W., 73 Jahre alt, pensionirter Förster, war angeblich stets gesund mit Ausnahme eines schon Jahre lang bestehenden Hustens. Seit August 1893 verspürt er geringe Schmerzen im Halse und Beschwerden beim Schlingen; dagegen klagte er nie über Athemnoth. Lues negirt; Potus in geringem Maasse zugestanden.

Patient wurde am 7. März 1894 in die Klinik aufgenommen; die damalige Untersuchung ergab Folgendes: Patient ist ein grosser, sehr kräftig gebauter, ziemlich beleibter Mann; Hals ziemlich kurz und dick, daselbst nichts Besonderes zu finden, keine Schmerzhaftigkeit, keine vergrösserten Drüsen. Auch die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Krankhaftes. Trotz der so gut wie gar nicht bestehenden subjectiven Beschwerden beim Athmen hört man auf kurze Distanz vom Patienten im Inspirium ein deutliches Stenosegeräusch, welches im Exspirium verschwindet. Im Pharynx ist mit Ausnahme eines geringen Catarrhs nichts Abnormes zu finden; nur bei stärkerem Herabdrücken der Zunge mit dem Spatel bemerkt man rechts an der Stelle, wo der Arcus palato-pharyngeus sich in der Rachenschleimhaut verliert, beginnend, eine seitlich nicht deutlich abgrenzbare, ungefähr 1 Ctm. breite, bandförmig nach abwärts ziehende, dunkler roth als die Umgebung gefärbte Schwellung. Der Kehlkopfspiegel ergiebt folgenden Befund: Der ganze Aditus ad laryngem ist von einem grossen Tumor überlagert, welcher den ganzen Raum zwischen der Epiglottis und der hinteren Pharynxwand ausfüllt. Derselbe schmiegt sich (bei ruhiger Athmung, Fig. 3) mit seinem mittleren Theile vorne eng an die Epiglottis an und überdeckt links mit einem seitlichen Lappen das Ligam. ary-epiglotticum sinistrum und den medialen Theil des linken Sinus pyriformis, während der vordere Theil dieses linken Lappens auch den medialen Theil des Ligament. pharyngo-epiglottic. überragt. Nach rückwärts zu liegt der



Figur 3.

Tumor, die ganze hintere Larynxwand verdeckend, der hinteren Rachenwand eng an und steht hier gegen die rechte Seite hin mit einem etwa 1 Ctm. breiten, stark gerötheten Stiel mit der hinteren Pharynxwand in Verbindung.

Auf der rechten Seite ist die seitliche Pharynxwand so eng an den Seitenrand der Epiglottis gerückt, dass das Ligament. pharyngo-epiglott. gar nicht sichtbar ist. Hier liegt die Geschwulst mit einem weniger deutlich abgegrenzten rechten Seitenlappen nach vorne zu der genäherten

Digitized by Google

Pharynxwand eng an und deckt auch hier die ary-epiglottische Falte und den vorderen Theil des rechten Sinus pyriformis. Sichtbar sind also nur: die Epiglottis, das laterale Ende des linken Lig. pharyngo-epiglott, der laterale Theil des linken und der hintere Theil des rechten Sinus pyriformis; alles andere ist von der Geschwulst vollkommen gedeckt. Dieselbe zeigt im Allgemeinen eine querovale Gestalt und ist, wie erwähnt, undeutlich in drei Lappen geschieden, deren grösster, mittlerer im Bereiche der Epiglottis liegt und beiderseits durch zwei in sagittaler Richtung verlaufende Einkerbungen von zwei kleineren seitlichen Lappen getrennt ist. In diesen beiden Einkerbungen liegen vorne bei ruhiger Athmung die Seitenränder der Epiglottis.

Die Oberfläche des Tumors ist gewulstet und grob-höckerig; die Höcker bis zu Linsengrösse. Die Farbe im Allgemeinen gelblich-roth, stellenweise etwas durchscheinend. Einzelne der Höcker stärker geröthet, desgleichen, wie erwähnt, der an der hinteren Pharynxwand sichtbare Stiel.

Bei Untersuchung mit der Sonde zeigt der Tumor eine derbe Consistenz und eine ziemliche Beweglichkeit. Er lässt sich etwas nach beiden Seiten verschieben und von vorne her in beträchtlicherem Maasse von der Unterlage abheben. Dabei bemerkt man jedoch, dass derselbe nicht nur entsprechend dem oben erwähnten Stiele festhängt, sondern auch von da nach abwärts zu in nicht deutlich erkennbarer Weise mit breiterer Basis an der hinteren Pharynxwand fixirt ist. Bei diesen Manipulationen mit der Sonde tritt sehr leicht eine geringe Blutung im Bereiche des Stieles auf.

Bei der digitalen Untersuchung fühlt man deutlich einen höckerigen derben Tumor von über Wallnussgrösse, der sich aus dem Larynx mit der Fingerspitze ziemlich gut herausheben lässt.

Bei der Phonation wird der Larynx unter dem Tumor weg nach vorne und links bewegt, indem dieser hinten und rechts festgehalten wird. Dabei werden sichtbar: Die ganze laryngeale Fläche der Epiglottis, etwa das vordere Sechstel des rechten Stimmbandes, vom linken etwas mehr, ein entsprechender Theil des linken Taschenbandes, der vordere Theil der linken ary-epiglottischen Falte und ein grösserer Theil des linken Sinus pyriformis, weiter das ganze früher zum Theil verdeckte Ligament. pharyngo-epiglotticum sinistrum. Auf der rechten Seite schiebt sich die Epiglottis am vorderen Geschwulstrand entlang von der (wie erwähnt, bei ruhiger Athmung eng anliegenden) seitlichen Pharynxwand weg, so dass nunmehr ein Theil des rechten Ligam. pharyng.-epiglott. vor dem Tumor sichtbar wird.

Nach entsprechender Einübung des ziemlich gelehrigen Patienten wurde nun (am 9. März), nach vorhergegangener Cocainisirung, mit der electrischen Glühschlinge eingegangen und ein Stück des Tumors entfernt, wodurch dieser entsprechend dem oben beschriebenen mittleren Lappen abgekappt wurde. Bei der darauf vorgenommenen Untersuchung ergiebt sich, dass ein vielleicht noch 4 mal so grosser Theil der Geschwulst zurückgeblieben ist, welcher aus den, wie nunmehr ersichtlich, in der Mittellinie zusammenstossenden und daselbst nach vorne zu durch eine tiefe Einkerbung getrennten seitlichen Geschwulstlappen besteht. Gleich darauf wurde mit der Schlinge ein weiteres, etwa doppelt so grosses Stück des Tumors entfernt, welches aus dem ganzen linken Seitenlappen

Digitized by Google

und dem vorderen oberen Theil des rechten Seitenlappens besteht. Es erfolgte eine ziemlich beträchtliche Blutung, die durch Eis beherrscht wird, aber in geringem Grade doch bis gegen Abend fortdauert.

Am folgenden Tage (10. März) folgender Befund: Von der hinteren Pharynxwand, etwa am unteren Ende des rechten Arcus palato-pharyngeus, ausgehend ein ca. 1 Ctm. langes, bleistiftdickes Gebilde (der ursprünglich sichtbare Theil des Stieles), schief nach abwärts mit freiem Ende über dem Larynx hängend; darunter, gleichfalls von der hinteren Pharynxwand ausgehend, ein Stück des Tumors, gelblich belegt, den Aditus ad laryngem überragend, fast das ganze rechte Stimm- und Taschenband und die hintere Larynxwand verdeckend. Linkes Stimm- und Taschenband, beide ary-epiglottische Falten und Sinus pyriformes frei; desgleichen die laryngeale Fläche der Epiglottis. Nunmehr wurde mit der electrischen Schlinge dieser Tumorrest entfernt, die geringe Blutung durch Eis gestillt.

Am nächsten Tage (11. März) war unter dem noch vorhandenen zapfenförmigen Stielreste, durch Wegschieben desselben mit der Sonde, noch ein etwa erbsengrosses Stückchen des Tumors sichtbar, alle Gebilde des Larynx vollkommen deutlich zu überblicken. An den beiden folgenden Tagen wurde noch dieses, etwa in der halben Höhe der Epiglottis von der hinteren Rachenwand abgehende Restchen und der darüber befindliche Zapfen abgetragen und die Abgangsstellen mit 50 pCt. Milchsäure geätzt. Darauf wurde Patient aus der Behandlung entlassen. Der Befund des Larynx war (bis auf die weisslich belegten Ansatzstellen des Tumors und eine geringe chron. Laryngitis) normal.

Setzt man die exstirpirten Geschwulsttheile zusammen, so lässt sich über die Gestalt und Grösse des Tumors Folgendes sagen. Derselbe gleicht annäherungsweise einer Scheibe, deren Umrandung die Form eines Fünfeckes zeigt und die mit ihrer vorderen, convexeren Fläche der Epiglottis zum Theil anliegt, mit ihrer hinteren Fläche an die hintere Pharynxwand sich anschmiegt, an welcher sie in der Mitte, in einer Ausdehnung von 1½ Ctm., in der Richtung von oben nach unten, kurzgestielt festgewachsen ist. Der obere, ungefähr 1 Ctm. breite Theil der Ansatzstelle geht in den schon mit dem Spiegel constatirten längeren Stiel über, der, wie erwähnt, eine kurze Strecke der hinteren Pharynxwand, oberhalb des Tumors, anliegt und an dem unteren Ende des Arcus palato-pharyngeus in die Rachenwand übergeht. Von der vorderen, der Epiglottis anliegenden Fläche aus betrachtet, ist der Tumor durch drei tiefe, strahlenförmig angeordnete Kerben in ebensoviele sectorenartige Theile zergliedert, die den schon bei der laryngoscopischen Untersuchung constatirten Lappen entsprechen. Der obere und der linke Lappen sind annäherungsweise gleich an Gestalt und Grösse; der rechte beinahe doppelt so voluminös, indem er nicht nur beträchtlich tiefer herabreicht, als der linke, sondern auch in seiner Dicke die beiden anderen übertrifft. Die Grössen-Dimensionen des Tumors sind folgende: Von oben nach unten 30 Mm., von rechts nach links 37 Mm., von hinten nach vorne, im Bereiche der grössten Dicke (rechter Lappen), 22 Mm.

Microscopischer Befund (Prof. Kolisko):

An der Oberfläche der Geschwulst findet sich eine dicke, aus geschichtetem Plattenepithel bestehende Epithellage, welche mehrfache, zapfenförmig sich verzweigende Fortsätze in die Tiefe sendet. In diesen Fort-

Digitized by Google

sätzen einzelne Perlkugeln eingelagert. In mehreren der zapfenförmigen Fortsätze um die Epithelperlen herum Hohlräume gebildet, die von dicht aneinander gelagerten Eiterzellen ausgefüllt sind. Die oberflächliche Epithellage an einzelnen Stellen defect und daselbst das blossliegende Schleimhautgewebe von Rundzellen durchsetzt. Das Geschwulstgewebe selbst ist gegen die Schleimhaut zu ziemlich scharf abgegrenzt; reicht aber zwischen jene Epithelzapfen mit zackigen Fortsätzen bis an die Oberfläche, ist jedoch allenthalben, selbst an den tiefsten Stellen der Epithelzapfen, durch eine schmale, kernarme, mit Hämatoxylin hellblau sich färbende, bindegewebige Zone vom Epithel abgegrenzt. Die Geschwulstmasse besteht aus spindeligen Zellen, welche in Zügen angeordnet sind, die nach den verschiedenen Richtungen hin sich durchkreuzen; an längs getroffenen Zügen erscheinen die Zellen sehr lang, mit langgestreckten ovoiden Kernen versehen. Stellenweise sind in den Zügen grössere, mitunter mehrere Kerne besitzende, polymorph gestaltete, sehr protoplasmareiche Zellen eingelagert. Zwischen den Zellen ist faserige Grund-Substanz, aber in nur ziemlich spärlicher Menge nachweisbar. Zahlreiche Gefässe, die grösseren mit deutlicher Wand, die kleineren mit von der Geschwulstmasse selbst gebildeter Wand, durchziehen das Gewebe. Ein grösseres, offenbar venöses Gefäss, ungefähr in der Mitte liegend, ist theilweise von einem Thrombus verschlossen.

Diagnose: Spindelzellensarcom.

Beide beschriebenen Sarcome scheinen primär an der Rachenwand entstanden zu sein; wenigstens hat die Untersuchung des übrigen Körpers keinerlei Anhaltspunkt für ein Neugebilde ergeben, als dessen Metastase das Pharynxsarcom aufgefasst werden könnte. Bei beiden Fällen ist die Geringfügigkeit der verursachten Beschwerden bemerkenswerth. Zunächst sollte man erwarten, dass ein Tumor, welcher am Eingange in den Oesophagus sitzt, für den herabgleitenden Bissen besonders dann ein bedeutendes Hinderniss abgeben müsste, wenn sich derselbe an seinem kurzen Stiel nur in sehr geringem Grade aus seiner hinderlichen Stellung verdrängen lässt. Dies ist besonders beim zweiten Patienten der Fall, wo das Hinderniss, wie ein Blick auf die Abbildung ergiebt, wirklich ein bedeutendes ist. Gerade bei diesem Fall sind auch die geringen Beschwerden beachtenswerth, die Patient beim Athmen zu leiden hatte. Der Tumor bedeckt die Glottis vollkommen und schmiegt sich den Kehlkopfwänden so eng an, dass das Durchströmen der Athemluft auf grosse Schwierigkeiten stossen muss; und doch klagte Patient nicht über Athemnoth. Freilich zeigt derselbe überhaupt eine Abstumpfung der Empfindlichkeit, was auch bei der Spiegeluntersuchung und den intralaryngealen Manipulationen deutlich sich zeigte. Jedenfalls beweist die Geringfügigkeit der Athembeschwerden auch, dass die Geschwulst relativ lange brauchte, bis sie zu der gegebenen Grösse anwuchs, dass dieselbe jedenfalls länger bestand, als die anamnestischen Daten vermuthen lassen, was wieder durch die geringe Empfindlichkeit des Patienten erklärlich ist. Weiters wäre vielleicht noch ein Punkt zu beachten, welcher sich auf die räumliche Ausdehnung beider Tumoren mit Rücksicht auf die Nachbargebilde bezieht. Bei näherer Betrachtung ergiebt sich, dass in beiden Fällen die Geschwulst sich den zunächst befindlichen Kehlkopftheilen in einer Stellung derselben am vollkommen-

Digitized by Google

sten anpasst, welche der ruhigen Athmung entspricht. Sowohl bei der tiefen Respiration, als besonders bei der Phonation ist die Berührung eine weit weniger innige. Während, wie oben geschildert, z. B. der erste Tumor auf der hinteren Larynxwand aufliegend, sich eng um den rechten Aryknorpel herumlegt und auch dem linken sich anschmiegt, wird schon bei forcirter Respiration die Berührung mit dem rechten Aryknorpel aufgehoben. Bei der Phonation endlich ist der Tumor ganz aus seiner bequemen Lage heraus in die Höhe gehoben und berührt den Kehlkopf nur mehr im Bereiche der geringen Ausdehnung, in der er auf beiden aneinanderliegenden Aryknorpeln aufliegt. Im zweiten Falle liegt, wie beschrieben, der Tumor dem Aditus ad laryngem fast so genau auf wie ein Gipsabguss. Bei der Phonation war der Contact zum Theile aufgehoben; die Geschwulst wird auch hier aus ihrer Gleichgewichtslage herausgedrängt, etwas emporgehoben und liegt nur noch der rechten Hälfte des Larynx an, während der vordere linke Theil desselben unter dem Tumor wegrückt und bei der laryngoscopischen Untersuchung sichtbar wird. Diese Thatsachen sind wohl daraus leicht zu erklären, dass der Tumor in jedem Falle während seines Wachsthums die Richtung einhält, in welcher sich ihm der geringste Widerstand entgegenstellt, also vor allem präformirte Räume auszufüllen trachtet. Natürlich sind für ihn die Raumverhältnisse maassgebend, welche bei einem seine Gestalt verändernden Organ derjenigen Lage desselben entsprechen, welche dasselbe vorwiegend, d. h. die meiste Zeit hindurch einnimmt; das aber ist beim Larynx schon mit Rücksicht auf die Nachtruhe der Zustand der ruhigen Athmung. Was zum Schluss noch die Therapie und Prognose betrifft, so war die erstere von vorne herein klar in der Entfernung gegeben. Die Prognose ist trotz der Malignität der beiden Tumoren wegen ihres langsamen Wachsthums und besonders wegen ihres gestielten Aufsitzens wohl eine relativ ganz gute. Im ersten Falle zeigt die Geschwulst nach der allerdings kurzen Zeit keine Neigung zur Recidive; vom zweiten Patienten, der in seine Heimat reiste, ist vorläufig nichts bekannt.

II. Referate.

a) Rhinologische:

Krankheiten der äusseren Haut, die besonders die Nase befallen. (The diseases of the skin, that especially affect the nose.) Von G. Th. Jackson, New-York. (Amer. medico surgical Bulletin, 15. Jan. 1894.)

Unter anderen Krankheiten bespricht Verf. auch die Acne rosacea, gegen die er 15 Minuten dauernde Waschungen mit sehr heissem Wasser empfiehlt. Allerdings müsse man auch den ursächlichen Verhältnissen Rechnung tragen, aber nicht Jeder, der eine rothe Nase habe, sei ein Trinker. Verf. hat drei Fälle von Syphilis der Nase behandelt, welche vorher von competenten Collegen als Lupus vulgaris diagnosticirt worden waren. Die Aehnlichkeit sei sehr gross. Das Epitheliom der äusseren Nase zeichne sich durch einen harten, erhabenen, wachsartigen Rand aus, über den erweiterte Gefässe verliefen. M. Schm.

Digitized by Google

Der Einfluss intranasaler Zustände auf äussere Erkrankungen der Nase. (The influence of intranasal conditions upon external affections of the nose.) Von D. Bryson, Delavan. Ibidem.)

In Anschluss an den eben erwähnten Vortrag Jackson's bespricht Verf. das ähnliche Thema, besonders auch das Eczem der äusseren Nase und das Erysipel im Zusammenhange mit Excoriationen der Scheidewand. Beide Verfasser erwähnen auch Fälle von Rhinosclerom, die sie in Amerika gesehen haben.

In der Discussion spukt wieder die Ansicht, dass eine gutartige Geschwulst durch Reizungen in eine bösartige verwandelt werden könne. W. B. Johnson erwähnt einen Fall, in welchem ein Carcinom nach der Ansicht Bosworth's durch das Sondiren des Thränennasenganges entstanden sein soll. Es ergab sich aber aus der Section, dass dasselbe in der Keilbeinhöhle entstanden war und dass der Thränengang ganz unbetheiligt war. Rupp weist die angeführte Ansicht zurück, indem er einen ganz ähnlichen Fall von Krebs erzählt, der aber nie sondirt worden war.

M. Schm.

Ozaena der Nase, des Larynx und der Trachea. (Un cas d'ozène rhinolaryngotracheal.) Von Dr. Méndel. (Französ. Gesellschaft für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Kein Fötor, weder aus dem Munde noch aus der Nase; man soll also nicht jede atrophische Rhinitis mit dem Namen Ozaena bezeichnen; hier in diesem Falle bestand atrophische Rhinitis links, Aphonie seit drei Wochen mit Anhäufung von Krusten im Larynx. Heilung nach Entfernung der Krusten.

Dr. P. K.

Hämatom der Nasenscheidewand. (Hématome de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. Lacoarret. (Französ. Gesellsch. f. Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Doppelseitiges Hämatom in Folge von Trauma. Einen Monat später bestanden die beiden Tumoren noch ohne Reactionserscheinungen. Die Punction ergab seröse Flüssigkeit und verfallene Blutelemente. Die beiden Tumoren waren nicht mit einander verbunden. In solchen Fällen muss man die Differentialdiagnose mit chronischem Abscess, Perichondritis und lymphatischem Tumor machen.

Dr. P. K.

Behandlung der Schleimpolypen der eigentlichen Nasenhöhlen. (Traitement des polypes muqueux des fosses nasales proprement dites.) Von Dr. Delie. (Französische Gesellsch. f. Laryngologie und Otologie zu Paris, Sitzung von 30. April 1894.)

Alle anderen Methoden ausser der des Ausreissens und Ausschneidens sind zu verwerfen. Vor der Operation muss 1) die Nase mit einer antiseptischen oder aseptischen Flüssigkeit (Salolwasser, Borwasser oder einfach gekochtes Wasser) gereinigt werden, 2) muss man die ganze Geschwulst überblicken können. Verf. giebt die Operationsweisen und deren Nachbehandlung, welche aber nichts Neues bieten.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Behandlung der Schleimpolypen und fibromucösen Polypen des Nasenrachenraumes. (Traitement des polypes muqueux et fibromuqueux du pharynx nasal.) Von Dr. Wagnier. (Franz. Gesellsch. für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Nicht mit der der eigentlichen Nasenhöhlen zu verwechseln; viel schwieriger. Bei Nasenobstruction oder Asthma soll man immer die Rhinoscopia anterior und posterior machen. Die Operationsmethoden, welche Verf. angiebt, bieten nichts Neues. Dr. P. K.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Epithelioma oder Syphilis der Zunge? (Glossite syphilitique ou epithélioma?) Von Dr. Du Castel. (Société de dermatologie et syphiligraphie de Paris, Séance du 12 Avril 1894 und Semaine méd. No. 25, 1894.)

Ein Patient hat seit zwei Jahren eine granulirende Geschwürsfläche an der linken hinteren Zungenfläche. Keine Gangliengeschwulst und keine Anamnese von Syphilis. Dennoch wurde antisyphilitische Behandlung eingeschlagen, welche grosse Besserung brachte, ohne jedoch zur definitiven Heilung zu führen. Dr. Fournier bemerkt, dass bei zweifelhafter Diagnose in solchen Fällen die antisyphilitische Behandlung gewöhnlich Besserung hervorbringt, obgleich man mit einem Epithelioma zu thun hat; die Diagnose des Epithelioma wird in solchen Fällen im späteren Verlaufe bekräftigt. Man kann nicht in allen diesen Fällen mit Verneuil eine hybride Form von Syphilis mit Krebs annehmen, sondern man muss annehmen, dass Quecksilber und Jod einen momentan günstigen Einfluss auf Krebs haben. Dr. P. K.

Technik der rhythmischen Zungentractionen zur Bekämpfung der Asphyxie. (Technique des tractions rythmées de la langue pour combattre l'asphyxie.) Von Dr. Laborde. (Journal des praticiens 1894.)

1) Zwischen Daumen und Zeigefinger fasst man das vordere Drittel der Zunge mit einem feinen Tuche oder den blossen Fingern. 2) 10—15 Mal in der Minute übt man kräftige, sich regelmässig wiederholende und durch gleichartige Pausen getrennte Tractionen aus. 3) Während der Traction muss man sich überzeugen, dass die Zungenbasis sich mitbewegt. 4) In dem Moment, wo man beim Ziehen eine Resistenz spürt, beginnt die Athmung sich wieder einzustellen; es entstehen dann mehrere Schluckbewegungen, das von Laborde als „respiratorisches Aufstossen" bezeichnete Phänomen, als das erste Zeichen der Wiederbelebung. 5) Zusammengepresste Kiefer müssen gewaltsam von einander entfernt werden; bei Ertrunkenen soll man ausser den Zungentractionen noch den Schlund kitzeln, um Erbrechen hervorzurufen. Dr. P. K.

Behandlung des Myxoedem mit dem chirurgischen Thyroido-Arethismus. (Traitement du myxoedème par le thyroido-éréthisme chirurgical.) Von Dr. Poncet. (Congrès des sociétés savantes, Paris, 27. März 1894 und Semaine médicale No. 21, 1894.)

Bei zwei 12 — 13jährigen myxomatösen Mädchen mit beginnendem Idiotismus und atrophischer Glandula thyroidea hat Verf. mit seiner Methode auffallenden Erfolg gehabt. Diese Methode besteht in einem

Digitized by Google

medianen Hautschnitt an der vorderen Halsfläche; jede Schilddrüsenhälfte wird freigelegt, in dieselbe wird ein aseptischer Fremdkörper, hier eine 10—15 Millimeter lange Elfenbeinplatte eingelegt, welche in jeder Schilddrüsenhälfte einen dauernden Reiz hervorrufen soll. Wenn nach dieser unschuldigen Operation, nach Heilung per primam intentionem, der Reiz noch vermehrt werden soll, so kann man einfach noch massiren.

Dr. P. K.

Fall von Myxoedem geheilt durch Nahrung mittelst Schilddrüse vom Lamme. (Un cas de myxoedème congénital guéri par l'ingestion de corps thyroide de mouton.) Von DDr. Souques und Brissaud. (Société médicale des hôpitaux, séance du 13 Avril 1894 und Sémaine médicale No. 23, 1894.)

Eine 37jährige Frau, mit congenitalem Myxoedem behaftet, nahm während 6 Wochen jeden Morgen die Hälfte einer rohen Schafsschilddrüse in Oblaten. Heilung in körperlicher Beziehung; die Intelligenz blieb immer die eines Kindes. Dr. P. K.

Myxomatöser Idiotismus gebessert durch Schilddrüse, innerlich und unter der Haut angewandt. (Idiotie myxoedémateuse améliorée par la greffe thyroidienne et par l'alimentation thyroidienne.) Von Dr. J. Voisin. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 6 Mars 1894 und Semaine médicale No. 17, 1894.)

Ein $9^1/_2$jähriges idiotisches Mädchen; man brachte unter die Haut der Brustdrüse ein Stück Schilddrüse vom Schafe; die Wunde heilte per primam und die Resorption hatte sich nach 6 Wochen gänzlich gemacht; dann nahm das Kind innerlich täglich 6—8 Gramm frische Schilddrüse während 21 Tagen, Tag an welchem Fieber eintrat. Bedeutende Besserung. Dr. P. K.

Die Behandlung gewisser Zustände der Mandeln mittelst einer neuen Lochzange. (The treatment of certain conditions of the tonsills by means of a new tonsill punch.) Von A. Brown Kelly, M. B. (Lancet, 7. Juli 1894.)

Das Bedürfniss, Mandeln, die nicht eigentlich so gross sind, dass sie ganz entfernt werden müssten, zu behandeln, hat sich in neuerer Zeit mehr und mehr herausgestellt. Früher benutzte man die galvanocaustische Stichelung, später hat dann von Hoffmann die Schlitzung angegeben; allein diese Methoden reichen nicht in allen Fällen hin. Verfasser empfiehlt nun für solche Fälle ein neues Instrument, mit dem man kleine Stücke aus der Mandel entfernen kann. Er giebt eine Abbildung desselben, nach der es für den angegebenen Zweck ganz geeignet erscheint. In der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" No. 27, 1894, hat Hartmann zu dem gleichen Zweck sein Conchotom empfohlen, das Ref. auch schon wiederholt mit recht günstigem Erfolge dazu benutzt hat. In neuerer Zeit macht Ref. die kleine Operation gewöhnlich mit der senkrecht fassenden Krause'schen Doppelcurette für den Kehlkopf. Er hat sich nur ein gerades Ansatzstück dazu machen lassen. Das Instrument schneidet so gut, dass es sehr leicht damit gelingt, die gewünschten Theile der Mandel zu entfernen. Ref. benutzt es hauptsächlich dann, wenn nach

Digitized by Google

der Schlitzung sich die Mandeln nicht genügend zurückbilden, um die Zwischenfalten herauszunehmen, damit keine Zurückhaltung von Mandelpfröpfen mehr stattfinden kann. M. Schm.

Behandlung der chronischen veralteten Laryngitis mittelst Scarificationen der Stimmbänder. (Du traitement des laryngites chroniques invétérées par les scarifications des cordes vocales.) Von Dr. Krause. (Semaine médicale No. 25, 1894.)

Krause wendet bei den so verdickten Stimmbändern mit den freien Stimmbandrändern parallel laufende, ziemlich tief gehende Scarificationen an, welche das unangenehme subjective Gefühl, die Heiserkeit und Verdickung aufheben. Dr. P. K.

Argyrose. (Argyrose.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 1, 1894.)

Anschliessend an einen früher von ihm beschriebenen Fall, wo ein Larynxkrebskranker während drei Jahren eine 10procentige Höllensteinlösung inhalirte und eine bis in den Plexus choroideus dringende Argyrose erwarb, erzählt Verf. folgenden wegen seiner Entstehung interessanten Fall: Ein 62jähriger Mann, früher syphilitisch, brannte sich während drei Jahren alle drei Tage den Pharynx mit Höllenstein in Substanz aus; während der sechs folgenden Jahre pinselte er sich zwei- bis dreitäglich den Pharynx mit einer starken Höllensteinlösung aus. Alle diese Bepinselungen wurden vom Pat. ausgeübt, weil er behauptete, nicht von seiner Syphilis geheilt zu sein. Argyrose. Es konnten keine specifischen Symptome entdeckt werden und Patient versprach, von dem Höllensteingebrauch abzulassen. Dr. P. K.

Pachydermie des Larynx und ihre Behandlung. (La pachydermie du larynx et son traitement.) Von Dr. O. Chiari. (XI Congrès international de Rome und Semaine médicale No. 20, 1894.)

Diffuse Pachydermie und Pachydermia verrucosa (Virchow) müssen streng getrennt werden. Erstere entsteht einfach aus dem chronischen Catarrh, während die Pachydermia verrucosa bei Syphilis, Tuberculose etc. etc. entsteht. Pachydermie ist also im Allgemeinen ein Symptom und keine eigentliche Krankeit. Die Behandlung ist eine dreifache: 1) Behandlung der leichteren Excrescenzen im Interarytenoidalraum; 2) Behandlung der typischen Geschwülste auf den Stimmbändern, vorzugsweise medicamentös; 3) die grösseren Tumoren, uamenlich die des Interarytenoidalraumes müssen chirurgisch behandelt werden.

Dr. P. K.

Indicationen und Grenzen der topischen Behandlung der Larynxphthise. (Indications et limites du traitement topique dans la phthisie laryngée.) Von Dr. Lennox Browne. (XI Congrès international de Rome und Semaine médicale No. 20, 1894.)

Verf. giebt, auf 102 Fälle gestützt, die Indicationen und Contraindicationen der localen Behandlung; er zeigt auch deren Grenzen an. Die Abhandlung wird am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die motorischen Anomalien des Kehlkopfs: Tonus der Erweiterer und Neigung zu früherer Erkrankung derselben. (On laryngeal the motor anomalies: abductor tonus and abductor proclivity.) Von James Cagney, London. (Lancet, 16. Juni 1894.)

Verf. giebt in dem sehr interessanten Aufsatz zuerst unter Angabe der Literatur eine einleitende Auseinandersetzung der Frage der vorwiegenden Erkrankung der Erweiterer und erörtert die verschiedenen Ansichten. Die Erklärungsversuche: der „Unterschied in der biologischen Zusammensetzung", in dem „verschiedenen Widerstand gegen Verletzungen" und die „Neigung zu früherer Erkrankung" geben eigentlich keine Erklärung, sondern sind nur Versuche, diese Erscheinung mit Worten zu umschreiben. Er sieht den Unterschied darin, dass die Erweitererfasern in der Medulla endigen und die der Verengerer durch die Pyramiden eine Verbindung mit der Rinde besitzen, und dass die letztere die spinale Zelle trophisch beeinflusse, vielmehr, dass sie sich gegenseitig auf- und abwärts beeinflussen. Die mehr automatische spinale Zelle der Erweiterer ist in ihrer Energie mehr sich selbst überlassen und zeigt dies auch in dem respiratorischen Tonus, während die der Verengerer durch die Rindenzelle in ihrer Energie, aber auch in der Ernährung beeinflusst wird. Die spinale Zelle der Erweiterer ist also abgeschnitten von dem ernährenden Einfluss der Rinde und dadurch möglicherweise weniger widerstandsfähig und stirbt daher auch leichter ab. In einem Falle von Broadbent, den er beobachten konnte, fand er, dass auch die den Verengerern entsprechenden Flexoren der Glieder sich ähnlich verhielten. Bei einer Frau, die an diabetischer Neuritis litt, waren die Muskeln der durch eine Hämorrhagia cerebri gelähmten Glieder nicht secundär contrahirt, sondern blieben schlaff auf der gelähmten Seite, weil sie von dem ernährenden Einfluss der Rinde durch die Unterbrechung der Fasern abgeschnitten waren, während die auf der nicht gelähmten Seite degenerative Entartung und alle Zeichen von Neuritis darboten.

(Bei gänzlicher Unterbrechung, z. B. bei Durchschneidung, findet man doch auch, dass die Erweiterer früher ihre electrische Reizbarkeit verlieren und da kann doch von einer nutritiven Beeinflussung durch die Rindenzellen nicht mehr die Rede sein. Ref.) M. Schm.

Behandlung der Trachealfisteln. (Traitement des fistules trachéales.) Von Dr. Kirmisson. (Société de chirurgie de Paris, séance du 23 Avril 1894 und Semaine médicale No. 25, 1894.)

Ein 19jähriger Mann trug die Trachealcanüle seit fünf Jahren. Verf. wandte zur Schliessung der Fistel die Methode von Berger an: Es wird ein elliptischer Hautlappen in Form eines Kragens, welcher nur mehr durch seinen inneren Rand an der Fistel haftet, gebildet. Mit diesem Hautlappen bildet man eine Invagination, so dass dessen Epithelialfläche auf die Mucosa der Trachea zu liegen kommt; dann vernäht man mit Catgut die zwei blutigen Flächen des Lappens in einer tieferen Schichte, während man in einer mehr oberflächlichen Schichte die Ränder der Hautwunde vernäht. Nach 9 Tagen musste wegen Athemnoth die Naht entfernt und die Canüle von Neuem eingeführt werden; letztere wurde nach zwei Tagen wieder entfernt und die Heilung ging durch Granulation von Statten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Experimentelle Studie über die Localisation der gefärbten Flüssigkeiten, wenn selbe durch die Tracheal- und Thoraxwand in die Lungen der Thiere und in die Cavernen der Phthisiker eingespritzt werden. (Etude expérimentale sur la localisation des liquides colorants injectés par la voie trachéale et à travers la paroi thoracique dans les poumons des animaux et dans les cavernes des tuberculeux.) Von Dr. Heryng. (XI Congrès international de Rome und Semaine médicale No. 20, 1894.)

Pyoctaninlösung tropfenweise in die Trachea auf dem Rücken liegender Thiere eingespritzt, dringt gleichmässig in beide Lungen und gleichmässig in jede einzelne Lunge ein. Bei Seitenlage der Thiere dringt dieselbe Lösung, an der Seitenwand der Trachea eingespritzt, blos in die betreffende Lunge. Bei sitzender Stellung dringt die Flüssigkeit viel schwerer ein. Diese Vertheilung des Farbstoffes lässt sich leicht an Querschnitten der getrockneten Lungen nachweisen. Wird aber die Flüssigkeit durch die Thoraxwand eingespritzt, so ist das Resultat nicht so sicher vorherzusagen; es entstehen oft Blutung und Entzündung. 60 bis 120 Cubikcentimer Flüssigkeit dringt bei horizontaler Lage der Leiche der Phthisiker gleichmässig in beide Lungen ein; besonders leicht dringt sie in tuberculöse und bronchiectatische Cavernen ein, namentlich wenn selbe in den oberen Lungentheilen sich befinden; in sclerotische Lungenpartien dringt die Flüssigkeit schwieriger ein. Die klinischen Experimente erlauben noch keine bestimmten Schlüsse. Jedenfalls schaden durch die Trachea gemachte Einspritzungen von einer $^1/_{500}$ procentigen Pyoctaninlösung in der Menge von 5 — 10 Cubikcentimeter nicht.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Ostmann: Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen. — Stepanow: Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms (Schluss). — v. Felix: Zwei Sarcome der hinteren Pharynxwand. — II. Referate: a) Rhinologische: Jackson: Krankheiten der äusseren Haut, die besonders die Nase befallen. — Bryson: Der Einfluss intranasaler Zustände auf äussere Erkrankungen der Nase. — Méndel: Ozaena der Nase, des Larynx und der Trachea. — Lacoarret: Hämatom der Nasenscheidewand. — Delie: Behandlung der Schleimpolypen der eigentlichen Nasenhöhlen. — Wagnier: Behandlung der Schleimpolypen und fibromucösen Polypen des Nasenrachenraums. — b) Pharyngo-laryngologische: Du Castel: Epithelioma oder Syphilis der Zunge? — Laborde: Technik der rhythmischen Zungentractionen zur Bekämpfung der Asphyxie. — Poncet: Behandlung des Myxoedem mit dem chirurgischen Thyroido-Arethismus. — Souques und Brissaud: Fall von Myxoedem geheilt durch Nahrung mittelst Schilddrüse vom Lamme. — Voisin: Myxomatöser Idiotismus gebessert durch Schilddrüse, innerlich und unter der Haut angewandt. — Brown Kelly: Die Behandlung gewisser Zustände der Mandeln mittelst einer neuen Lochzange. — Krause: Behandlung der chronischen veralteten Laryngitis mittelst Scarificationen der Stimmbänder. — Onodi: Argyrose. — Chiari: Pachydermie des Larynx und ihre Behandlung. — Browne: Indicationen und Grenzen der topischen Behandlung der Larynxphthise. — Cagney: Ueber die motorischen Anomalien des Kehlkopfs: Tonus der Erweiterer und Neigung zu früherer Erkrankung derselben. — Kirmisson: Behandlung der Trachealfisteln. — Heryng: Experimentelle Studie über die Localisation der gefärbten Flüssigkeiten, wenn selbe durch die Tracheal- und Thoraxwand in die Lungen der Thiere und in die Cavernen der Phthisiker eingespritzt werden.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Hierzu eine Tafel.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, September 1894. No. 9.

I. Originalien.

Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen.

Nach einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg gehaltenen Vortrage

von

Dr. **Ostmann**

Stabsarzt und Privatdocent in Königsberg.

(Fortsetzung zu No. 8.)

Wenn man nun die mit Exostosen behafteten Peruaner-Schädel betrachtet und von den Untersuchungen Seligmann's absieht, über welche anscheinend nur die schon Eingangs gemachten Angaben bekannt sind, nämlich dass er an 6 langgestreckten Peruaner-Schädeln vom Titicaca-See 5 Mal Exostosen des äusseren Gehörganges gefunden habe, und von denen Jeffries Wyman's, über die ich in dem Handbuch der Ohrenheilkunde von Roosa[18]) die kurze Notiz finde, dass er unter 334 Peruaner-Schädeln 6 Mal Exostosen an der gleichen Stelle sah, so verbleiben die von Flower, Davis und Virchow als die einzigen, welche mir in der mir zu Gebote stehenden Literatur bekannt geworden sind. Ueber diese liegen auch bezüglich der Schädelformen genauere Angaben vor, welche in die nachstehende kleine Tabelle eingetragen sind.

[18]) Deutsche Uebersetzung von Weiss. Berlin 1889, pag. 279.

Digitized by Google

Name des Autors	Zahl der überhaupt untersuchten Schädel	Zahl der mit Exostosen behafteten Schädel	Fundort der Schädel	Jetzige Zugehörigkeit der Schädel	Längen-Breitenindex	Schädelform: Brachycephalie L.-B. von 80—85.0	Schädelform: Hyperbrachycephalie L.-B. von 85.1 u. mehr	Schädelform: Dolichocephalie L.-B. bis 75.0	Bemerkungen.
Flower*). .	?	6	3 von Pasamayo 2 von Pisagua	Hunter-sches Museum	81.8 bis 90.8	5		—	Scheinen occipitale Compression erlitten zu haben. Werden als abgeplattet (flattened) bezeichnet.
			1 Titicaca		70.3	—	—	1	Durch kreisförmige Einschnürung deformirt.
Davis*). . .	?**) 20	3	Quichuas	eigene Sammlung des Autors	85 90 96	1	2	—	Virchow vermuthet, dass diese Schädel aus Pasamayo stammen.
Virchow*).	134	18	Ancon	Sammlung der Herren Reiss und Stübel	—	Besitzen im Allgemeinen eine einfache oder schief brachyceph. Form		—	„Die meisten der Schädel sind etwas, wenige stark deformirt; manche sehen jedoch ganz normal aus.“
Ostmann .	111	12	1 Truxillo, 6 Ancon, 2 aus einer Huaca near to Callao, 2 Chancay, 1 unbestimmter Herkunft	Craniolog. Samml. der anatom. Institute zu Berlin u. Halle a. S. Privatsamml. des Herrn Professor E. Schmidt zu Leipzig	82.6 87.2 88.4 88.5 91.0 91.4 98.1 98.1 98 7 99.3	1	9	—	Für 2 Schädel aus Halle a. S. fehlen mir die Maasse; die Schädel waren jedoch ausgesprochen brachycephal.
	245 oder 265?	39				2	11	1	

*) Die Angaben sind der Arbeit Virchow's über krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner entnommen.

**) Ich vermuthe nach einer Angabe Virchow's in seiner Abhandlung: „Ueber einige Merkmale niederer Menschenrassen am Schädel“, pag. 86, wo er, wie in der Abhandlung über krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner, auf den Thesaurus craniorum von Davis Bezug nimmt und anführt, dass von Davis 20 Peruaner-Schäde untersucht seien, dass die Zahl 20 auch hierfür richtig ist.

Digitized by Google

Von Virchow ist in seiner Abhandlung „Ueber einige Merkmale niederer Menschenrassen am Schädel“ [19]) darauf hingewiesen, dass es bezüglich des Vorkommens des Os Incae bei den alten Peruanern Gegenstand der weiteren Forschung sein müsse, „ob geographische Begrenzungen des Gebietes, in welchen diese Köpfe vorkommen, nachzuweisen sind.“ Stellt man einen solchen Versuch bezüglich des Vorkommens der Exostosen an, so ergiebt sich sofort, dass von einer geographischen Begrenzung dieser krankhaften Veränderung nicht die Rede sein kann. Die Orte, an denen die in der vorstehenden Tabelle aufgeführten, mit Exostosen behafteten Schädel gefunden sind, liegen z. Th. räumlich weit auseinander, wenngleich sie sämmtlich, mit Ausnahme des einen Titicaca-Schädels, dem schmalen Küstenstreifen entstammen, welcher zwischen dem peruanischen Hochgebirge und dem stillen Ozean gelegen ist.

So liegt Ancon 10 Meilen, Chancay 20 Meilen nördlich von Lima, Callao ist die Hafenstadt von Lima und Truxillo liegt im Norden Peru's, etwa 35 Meilen nördlich von Callao an der pacifischen Küste. Pasamayo endlich liegt zwischen Ancon und Chancay, während Ciucha etwa zehn Meilen südlich von Lima entfernt ist. Dagegen waren sämmtliche von mir untersuchten Peruaner-Schädel, welche aus dem Innern Peru's oder aus den Cordilleren stammten, frei von Exostosen. So aus der Sammlung des Herrn Prof. E. Schmidt 2 aus Ayacucho, 5 aus der Nähe von Chosika in den Cordilleren und 2 aus einer Felsspalte bei Yauliako. Rechnet man schliesslich die den einzelnen Begräbnissplätzen gemeinsam entstammenden Schädel zusammen, so ergiebt sich, dass unter 177 Ancon-Schädeln (134 von Virchow, 43 von mir) 22 Mal Exostosen des äusseren Gehörganges oder in 12,4 pCt. sich fanden. Ein noch gehäufteres Vorkommen ergiebt sich für 10 von mir untersuchte Schädel aus Chancay, von denen 20 pCt. Knochenneubildungen aufwiesen.

Nach Alledem kann man sagen, eine Einheit des Ortes besteht für das Vorkommen der Exostosen bei den alten Peruanern nicht, wohl aber nach den bisherigen Untersuchungen fast ausschliesslich eine Einheit der Schädelform [20]), und zwar die mehr oder weniger stark brachycephale. Von den zuvor aufgeführten 39 Schädeln sind 38 brachycephal und, soweit die für den einzelnen angegebenen Maasse erkennen lassen, sind von 11 allein 9 hyperbrachycephal, und zwar z. Th. stärkster Art. Indess zeigte sich auch bei meinen Untersuchungen, was Virchow für seine Ancon-Schädel hervorgehoben hat, dass von den ein und derselben Grabstätte entnommenen nicht gerade die am stärksten deformirten Schädel Exostosen aufweisen. Ich kann dies nur für die Schädel von Chancy und Ancon belegen. Der Längen-Breitenindex meiner 6 Ancon-Schädel mit Exostosen beträgt durchschnittlich 92,7 und schwankt zwischen 88,4 und 98,1, während derselbe Index von 40 Ancon-Schädeln ohne Exostosen aus der Leipziger Sammlung im Durchschnitt 94,1 ist und von 81,8 bis 107,3 variirt. Der Längen-Breitenindex meiner Schädel aus

---

[19]) pag. 86 und 87.

[20]) Herr Geheimrath R. Virchow hat mir brieflich mitgetheilt, dass er in seinen Crania americana, welche mir nicht zu Gebote stehen, 2 mit Exostosen behaftete Peruaner-Schädel habe abbilden lassen, die gar keine Deformation besassen.

Digitized by Google

Chancy ist im Mittel fast genau derselbe, wie der der Ancon-Schädel, nämlich 94,3, und schwankt zwischen 82,6 und 102,0, während die beiden Schädel aus derselben Grabstätte mit Exostosen einen Längen-Breitenindex von 82,6 bezw. 98,1 aufweisen.

Aus der Thatsache, dass einerseits auch nicht deformirte Peruaner-Schädel (Virchow[21]) Gehörgangsexostosen aufweisen, andererseits von den deformirten Schädeln nicht gerade die am stärksten deformirten auch am häufigsten von dieser Knochenwachsthumsstörung befallen sind, folgt, dass die Deformirung kein nothwendiges Erforderniss für die Entwicklung der Exostosen ist und weiter, dass selbst die weitgehendste Deformirung als solche keineswegs die Entstehung dieser Geschwülste mit Nothwendigkeit bedingt. Aber daraus zu folgern, dass die so häufige Exostosenbildung des Os tympanicum bei den alten Peruanern mit der künstlichen Deformirung der Schädel nun überhaupt gar nichts zu thun haben könne, diese Folgerung scheint mir der Thatsache wenig gerecht zu werden, dass, wie die vorstehende Zusammenstellung aufweist, von 39 mit Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs behafteten Peruaner-Schädeln 38 mehr oder weniger hochgradig brachycephal sind; denn wenn mir auch die Maasse der von Virchow in Betracht gezogenen Schädel nicht bekannt sind, so beschreibt er sie doch selbst als im Allgemeinen einfach oder schief brachycephal. Deshalb erscheint mir auch das weitere Eingehen auf die Frage, ob nicht wenigstens die Möglichkeit einer gewissen mittelbaren Beziehung nahe liegt und wie wir uns dieselbe zu denken haben, noch keineswegs müssig zu sein, wenn auch von anderer Seite ein völlig negirender Standpunkt eingenommen wird.

Bei der Durchmusterung so vieler und mannigfaltiger Rassenschädel fiel mir mehr und mehr auf, dass zu einer gewissen Schädelform auch eine gewisse Form des äusseren knöchernen Gehörganges gehört, wobei jedoch Ausnahmen vorkommen. Mit einer gewissen Gesetzmässigkeit wiederholt sich die Beobachtung, dass der dolichocephale Schädel einen mehr rundlichen, der brachycephale einen mehr länglich-ovalen Gehörgang hat. Je nach dem vorherrschenden Typus der Schädelform einer Rasse zeigt sich auch ein vorherrschender Typus des Gehörgangs. So zeigen die Schädel von afrikanischen Negern, Ozeaniern, Australiern und Eskimo's vorwiegend ein mehr kreisrundes Gehörgangslumen, wobei die Höhenaxe ziemlich senkrecht gestellt ist und nur wenig die Breitenaxe an Länge übertrifft. Bei diesen Völkerrassen überwiegt aber auch in mehr oder weniger starkem Maasse der dolichocephale Schädelbau; denn nach einer von Ranke[22]) aufgestellten Tabelle, welche ich procentualisch berechnet habe, ergiebt sich für diese Völker folgende Vertheilung der Hauptschädelformen:

Völkerrasse	Anzahl der Schädel	Schädelform		
		Dolichocephalie	Mesocephalie	Brachycephalie
Australier . . .	88	89,0 pCt.	11,0 pCt.	—
Ozeanier	410	69,0 „	24,0 „	7,0 pCt.
Afrikaner . . .	?	56,0 „	38,0 „	6,0 „

[21]) L. c. [22]) Der Mensch. II. Bd., pag. 204.

Digitized by Google

Die Eskimo's sind nahezu reine Dolichocephalen. Dabei sind die räumlichen Verhältnisse des äusseren Gehörgangs namentlich bei den Negern z. Th. recht bedeutende; ich habe an dem Schädel einem Unamwezi-Negers die Höhe des Gehörganges an seiner äusseren Oeffnung mit 1,8 Ctm. und die Breite mit 1,5 Ctm. gemessen.

Demgegenüber haben die asiatischen Völkerschaften, wie die Chinesen, Japaner und die Bewohner der Mongolei einen vorwiegend mehr länglich-ovalen Gehörgang, dessen Höhendurchmesser nicht selten doppelt oder doch nahezu doppelt so gross wie der Breitendurchmesser ist. In Uebereinstimmung hiermit finden wir bei diesen, wenn auch nicht ganz in dem Maasse wie bei den Europäern, die Meso- und Brachycephalen bei Weitem vorherrschend.

Eine solche Abhängigkeit der natürlichen Form des Gehörganges von dem Schädelbau dürfte auch erklärlich sein, denn mit dem Wachsthum des gesammten Schädels in die Länge wird auch der Querdurchmesser des Gehörganges wachsen und somit sich mehr der rundlichen Form nähern und umgekehrt.

Wir können demnach sagen, dass die Form des Gehörgangslumens im Grossen und Ganzen abhängig ist von der Schädelform, und dass im Allgemeinen zu dem dolichocephalen Schädel der mehr kreisrunde, zu dem brachycephalen Schädel der mehr länglich-ovale Gehörgang gehört.

Welches ist nun der natürliche vorherrschende Typus des äusseren knöchernen Gehörganges bei den alten Peruanern gewesen?

In dem III. Band des Prachtwerkes von Reiss und Stübel „Das Todtenfeld von Ancon" hat Virchow einerseits die nahezu typische Form der nicht deformirten Ancon-Schädel, andererseits zwei weitere Ancon-Schädel beschrieben und abgebildet, welche ein charakteristisches Bild der in Ancon üblichen Art der Deformirung starken und stärksten Grades geben. Die typische Form des nicht deformirten Schädels ist die orthobrachycephale mit einem Längen-Breitenindex von 82,9 und einem Längen-Höhenindex von 74,5 bei im Allgemeinen regelmässiger Schädelentwicklung.

Unter Zugrundelegung der orthobrachycephalen als der typischen Schädelform der Ancon-Peruaner und im Hinblick auf die für die Hauptschädelformen überhaupt gefundene Gesetzmässigkeit zwischen dieser und der Form des äusseren Gehörganges können wir wohl mit einigem Recht als die typische Form desselben bei den Peruanern die länglich-ovale ansprechen, ungefähr so, wie ich sie überwiegend bei Chinesen und Japanern gefunden habe.

Die natürliche Form erleidet nun bei einer Deformirungsmethode, welche durch occipito-frontale Compression den Längsdurchmesser des Schädels zu verringern trachtet, also seine Brachycephalie erhöht, eine mehr oder weniger erhebliche und, wie mir scheint, eine je nach dem Angriffspunkt der comprimirenden Kräfte wechselnde, künstliche Umgestaltung. Diese besteht darin, dass der Gehörgang von vorn nach hinten zusammengedrückt und somit schmaler wird, wobei er dafür vielleicht etwas an Höhe gewinnt; denn an stark asymmetrischen Schädeln, welche wesentlich eine einseitige occipitale Compression erfahren hatten, habe ich bei vergleichenden Messungen zuweilen gefunden, dass die

Digitized by Google

Höhenaxe des Gehörgangs auf der verdrückten Seite die der anderen um ein Weniges übertraf. Ausserdem aber erleiden die Axen des Gehörganges eine Verschiebung, und zwar derart, dass bei einem von hinten und oben auf die Squama ossis occipitis und die angrenzenden Theile der Seitenwandbeine ausgeübten Druck die Höhenaxe des Meat. aud. ext. nach vorn abweicht, so dass sie mit der Verticalen einen grösseren Winkel bildet, während man in den Fällen, wo der Angriffspunkt der von hinten wirkenden Kraft möglichst tief lag, eine gerade umgekehrte Drehung der Axen beobachten kann. Es kommen so Bilder wie die nachstehenden zu Stande: oder

Man findet nicht selten geradezu sichelförmige oder „säbelscheidenartige“ Gehörgänge und die gegen das Gehörgangslumen zuweilen auffallend starke Vorwölbung der vorderen Gehörgangswand legt die Vermuthung nahe, dass von Seiten des Unterkiefergelenkkopfes dem von hinten her wirkenden Druck ein kräftiger Widerstand entgegengesetzt worden ist. Eine gleiche Einwirkung haben anscheinend alle jene Deformirungsmethoden, welche, wie dies z. B. bei den Titicaca-Schädeln der Fall ist, möglichst dolichocephale Formen erstrebten, nicht gehabt, wie dies auch nach Lage der nicht selten auf das Deutlichste sichtbaren Schnürfurchen erklärlich wird. Man findet an solchen Schädeln häufiger nahezu rundliche Gehörgänge und, soweit ich mich zu entsinnen glaube — besondere Aufzeichnungen habe ich darüber leider nicht gemacht — und die Photographien derartiger Schädel mir nachträglich Aufschluss gaben, auch jene bei den brachycephalen Schädeln so häufig zu beobachtende unvollständige oder fehlende Verwachsung zwischen Os tympanicum und Schuppe wie Warzenfortsatz nicht. An diesen Schädeln sind aber auch Exostosen des äusseren Gehörgangs eine grosse Seltenheit.

Es scheint mir demnach nur diejenige Deformirungsmethode der alten Peruaner einen wesentlichen Einfluss auf das Gehörgangslumen gehabt zu haben, welche vor Allem durch occipito-frontale Compression anstrebte, den Schädel zu verkürzen. Zu dieser brachycephalen bezw. hyperbrachycephalen Schädelform gehören aber von 39 mit Exostosen behafteten Schädeln 38.

Wir können uns sehr wohl vorstellen, dass bei diesen Schädeln durch den Deformirungsprocess, welcher ja nur in der ersten Zeit des Lebens, so lange der Schädel noch weich war, ohne directe Lebensgefahr in Anwendung kommen konnte, der für das Os tympanicum nach der gesammten natürlichen Schädelanlage präformirte Raum in seiner Form verändert und in toto verkleinert wurde.

In diesen künstlich veränderten oder in der Veränderung begriffenen Raum wächst der knöcherne Gehörgang hinein, und es will mir als sehr wahrscheinlich erscheinen, dass wir in dieser besonderen, künstlich geschaffenen Raumveränderung und Beschränkung ein Irritamentum zu suchen haben, welches das wachsende Os tympanicum in seiner normalen Entwicklung derartig zu stören vermochte, dass es, bei einer aus irgend welchen anderen Gründen vorhandenen Disposition zur Exostosenbildung überhaupt, an Stellen, welche zur Ossification schritten, excessiv wucherte und somit Exostosen des äusseren Gehörgangs erzeugte.

Digitized by Google

Wir würden somit zu der Annahme eines mittelbaren Zusammenhanges zwischen Gehörgangsexostosen und einer bestimmten Art der Schädel-Deformirung gedrängt.

Der Einfluss der Schädel-Deformirung auf das Lumen des äusseren Gehörganges wird von Virchow gleichfalls besonders hervorgehoben, aber dennoch glaubt er selbst einen mittelbaren Zusammenhang, wenn auch als möglich zuzugestehen, doch als den wirklichen Thatsachen wenig entsprechend vor der Hand ablehnen zu müssen, weil er in den Gehörgangsexostosen lediglich eine Theilerscheinung der auch an anderen Knochen alter Peruaner gefundenen multiplen Exostosen zu sehen geneigt ist, und er erwartet, dass, sofern bei künftigen Ausgrabungen nicht nur den Schädeln, sondern auch den dazu gehörigen Knochen des Rumpfes und der Gliedmaassen eine grössere Beachtung geschenkt werden würde, bald Klarheit über diese interessante Affection geschafft werden würde.

Meines Erachtens macht die von Virchow betonte Gleichwerthigkeit der Gehörgangsexostose mit der Exostosis multiplex es wohl verständlich, wie überhaupt die Verdrückung als Irritamentum so häufig zu excessiver Wucherung führen konnte, aber ohne Hinzunahme dieses Reizes verstehen wir aus der Virchow'schen Anschauung nicht, weshalb es denn, wie die bisherigen Befunde wenigstens zeigen, immer nur gerade das kleine Os tympanicum ist, welches Exostosen aufweist, während die übrigen Schädelknochen, wie dies bei der Exostosis multiplex überhaupt der Fall zu sein pflegt, auch bei den alten Peruanern keine Exostosen, wenn auch anderweitige Störungen des Knochenwachsthums, aufweisen. Da kann man sich, wie mir scheinen will, die Affection immer nur dieses einen kleinen Schädelknochens doch allein abhängig denken von einer örtlichen Einwirkung, die allerdings völlig belanglos bleibt, so lange nicht die Neigung zur excessiven Knochenwucherung überhaupt besteht. In diesem Sinne, glaube ich, dürfen wir wohl eine Beziehung zwischen der occipito-frontalen Schädelcompression und dem auffallend häufigen Auftreten von Gehörgangsexostosen bei den alten Peruanern nicht ganz von der Hand weisen.

Ich will meine Anschauung durch die Benutzung eines Bildes erläutern, welches Du Bois-Reymond in einer seiner Reden gebraucht hat.

Die von der Schelle des Saumthieres ausgehenden Schallwellen können wohl einmal den Sturz einer Lawine auslösen, ohne doch die auf der Kippe liegenden Schneemassen, die durch ihre eigene Schwere fallen, herabzustürzen; indess wird ein Lawinensturz keineswegs immer durch die Schallwellen, die zu den Bergeshöhen hinaufdringen, veranlasst werden, wie er andererseits ganz unabhängig davon vor sich geht. So könnte wohl einmal die durch die künstliche Deformirung hervorgerufene Verdrückung des Gehörgangslumens der Anstoss, das Irritamentum sein, um die bestehende Neigung zu excessivem Knochenwachsthum auszulösen, während ohne diese die stärkste Verdrückung wirkungslos bleibt und andererseits durch sie auch ohne Verdrückung aus anderer Ursache eine Exostosenbildung auftreten kann.

Aus dem besonderen Zusammenwirken zweier Momente,

Digitized by Google

der eigenartigen Verdrückung des äusseren Gehörgangs bei den brachy- und hyperbrachycephalen Schädeln und einer gegebenen Neigung zu excessivem Knochenwachsthum überhaupt, wie sie durch die Exostosis multiplex zu Tage tritt, würde sich somit das so auffallend häufige Vorkommen von Exostosen des äusseren Gehörgangs bei den alten Peruanern erklären lassen.

Ausser den Exostosen an Schädeln alter Peruaner wurden von Schädeln amerikanischer Rasse nur noch an einem Mexicanerschädel doppelseitige Exostosen gefunden. Nach den Untersuchungen C. J. Blake's[23]) kommen dieselben auch noch bei anderen amerikanischen Völkerschaften verhältnissmässig häufig zur Beobachtung. Unter 195 Schädeln von Höhlenbauern in Tennessee aus der Sammlung des Peabody-Museums zu Cambridge fand er 36 Mal Exostosen in einem oder beiden Gehörgängen und von 108 kalifornischen Schädeln hatten 5 einseitige oder doppelseitige Knochenwucherungen. Unter 37 Schädeln aus Höhlen in Arkansas schliesslich kamen solche 6 Mal vor.

Es scheint demnach, als ob bei einer ganzen Reihe amerikanischer Völkerschaften Gehörgangsexostosen ein ganz auffallend häufiges Vorkommniss gewesen sind, und wenn sie allgemein ebenso ausgedehnt sind, wie vielfach bei den alten Peruanern, so kann man mit einigem Recht vermuthen, dass Schwerhörigkeit nicht gerade ganz selten gewesen sein muss.

Stellt man die gesammten amerikanischen Schädel zusammen, so erhält man die Zahl 676 (202 + 134 + 195 + 108 + 37), von denen 78 oder 11,5 pCt. aller Schädel mit Exostosen behaftet waren.

Nach der Häufigkeit des Vorkommens folgten auf die Amerikaner die Australier und Ozeanier. Unter 113 Schädeln derartiger Völkerschaften habe ich, wie erwähnt, 2 mit Exostosen gefunden. Ueber sonstige Befunde anderer Untersucher ist zu berichten, dass Welcker[24]) unter 30 Schädeln von Marquesas-Insulanern sie 2 Mal, oder wie Virchow angiebt, besser 3 Mal gefunden hat, und dass von 140 Kanaka-Schädeln der Sammlung Davis[25]) 5 mit vorwiegend einseitigen Exostosen behaftet sind.

Dies macht für in Sa. 283 Schädel 10 Mal oder 3,5 pCt. Exostosen.

Bei den Schädeln der übrigen Völkerrassen wurden, sofern wir von dem einen altägyptischen Schädel absehen, Exostosen nicht gefunden und wir können demnach das Schlussergebniss der Untersuchung dahin zusammenfassen, dass vor Allem bei der amerikanischen Rasse, demnächst bei den Ozeaniern Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs ungleich viel häufiger vorzukommen scheinen, als bei den afrikanischen Negern, den Asiaten und Europäern. (Schluss folgt.)

---

[23]) Nach Roosa: Lehrbuch der Ohrenkrankheiten. Deutsche Uebersetzung von Weiss, Berlin 1889.

[24]) und [25]) Nach Virchow l. c.

Digitized by Google

Tuberculose des Schläfenbeins. Uebergang der Tuberculose auf die Basis des Schläfenlappens.

Von

Dr. **Otto Koerner** in Frankfurt a. M.

In der Leiche tuberculöser Menschen findet man nicht selten Meningeal- und Hirntuberkel neben tuberculösen Zerstörungen im Schläfenbeine. Meist bestehen gleichzeitig noch andere tuberculöse Herde und es lässt sich oft nicht feststellen, welche von den vielen Localisationen der Krankheit die primäre war. In anderen Fällen darf man annehmen, dass die Infection des Schädelinhalts vom kranken Schläfenbeine aus erfolgte, namentlich wenn die Zerstörung des Knochens bis in den carotischen Canal hineingeht, die Carotiswand erkrankt ist und die Aussaat miliarer Tuberkel lediglich im Gebiete der gleichseitigen Arteria fossae Sylvii erfolgte. Zur Sicherheit wird diese Annahme, wenn sich ausser der Tuberculose im Schläfenbein kein anderer Tuberkelherd im Körper findet, der für die Infection der Pia verantwortlich gemacht werden kann, wie es z. B. in einem Falle von Pitt[1]) war. Geht die Knochenkrankheit bis zu einem der Sinus oder zum oberen Bulbus der Jugularis, so können diese Gefässe erkranken und die Tuberkelsaat kann durch den venösen Blutstrom durch den Körper verstreut werden. Sie haftet dann grösstentheils in den Lungen fest und in keinem der mir bekannten hierher gehörigen Fälle[2]) fanden sich Tuberkel an der Pia oder im Hirn.

Der Uebergang von Tuberculose des Schläfenbeins auf benachbarte Hirntheile durch Contact ohne Vermittelung der grossen Gefässe scheint ebenfalls selten zu sein. Ich habe nur zwei Beobachtungen dieser Art in der Literatur[3]) gefunden und will deshalb einen Fall meiner Beobachtung im Folgenden mittheilen. Die Seltenheit dieser Entstehungsart der Hirntuberculose hat offenbar ihren Grund darin, dass die Tuberculose des Schläfenbeins, sobald sie durch Vermittelung des Gehörorgans mit der Luft in Berührung kommt, zur Entstehung einer Mischinfection führt, die bei Contact mit dem Schädelinhalt viel leichter und schneller eitrige, als tuberculöse Infectionen des Hirns und seiner Häute herbeiführt, die tödtlich werden, bevor sich eine Hirntuberculose ausbilden kann. —

Herr Yü Kai Chi, Missionsschüler aus Kiv Kiang in China, 18 Jahre alt, aus angeblich gesunder Familie und selbst seither gesund, bekam Anfang Juni 1892 ohne bekannte Ursache Schmerzen im rechten Ohre, die acht Tage später mit dem Eintritt einer reichlichen Eiterung aus dem Gehörgange nachliessen. Seitdem eiterte das Ohr fortwährend stark, bis sich Ende Juli eine Anschwellung auf dem Warzenfortsatze ausbildete.

Am 1. August 1892 sah ich den Kranken zum ersten Male. Die Schwellung erstreckte sich über den ganzen Warzenfortsatz, drängte die Muschel vom Kopfe ab und fluctuirte stark. Der Gehörgang war durch

---

[1]) British Medical Journal 1890, Vol. I, pag. 772.

[2]) Fall von Kossel, Charité-Annalen, Bd. 17, 1892, S. 835. — Fall meiner Beobachtung, der an anderer Stelle veröffentlicht werden soll.

[3]) Pitt l. c. — Jansen, Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 37, S. 146.

Digitized by Google

eine Anschwellung seiner hinteren oberen Wand stark verengert und mit geruchlosem Eiter gefüllt. Temperatur normal.

Am nächsten Tage (2. August 1892) operirte ich den Kranken mit Herrn Dr. von Wild. Nach der Eröffnung des subcutanen Abscesses fand sich eine Fistelöffnung in der Bezold'schen Fossa mastoidea.

Bei dem Vorgehen mit Meissel und scharfem Löffel zeigte es sich, dass der Knochen im Innern erweicht und mit Granulationen und Knochentrümmern gefüllt war. Das Antrum enthielt ebenfalls Granulationen. Nach hinten ging die Erkrankung des Knochens bis zum Sinus transversus, der an einer etwa 1 □ Ctm. grossen Stelle aufgedeckt wurde und normal aussah. Nach Durchspülung durch Warzenhöhle und Gehörgang mit Sublimatlösung wurde Jodoform eingepulvert und die Höhle mit Gaze ausgestopft.

Obwohl Wunde und Ohr regelmässig durchgespült und beim Verband reichlich mit Jodoform eingestäubt wurden, trat keine Heilung ein. Die Schwellung im Gehörgang wurde wiederholt gespalten. Am 9. November wurde die Wundhöhle in Narcose untersucht. Es ergab sich, dass der Knochen nach allen Richtungen hin weiter erkrankt war. Obwohl nun wiederum alles krank Erscheinende mit dem scharfen Löffel, der schneidenden Zange und dem Meissel entfernt wurde, war ich mit Herrn Dr. Pinner schon am 27. December zur Wiederholung dieses Eingriffs gezwungen, wobei der Sinus, der jetzt mit Granulationen bedeckt war, noch weiter blossgelegt wurde. Trotzdem schritt die Erkrankung fort. In der Tiefe der Wunde bedeckte sich der Knochen nicht mit Granulationen. Ende Februar 1893 musste ein Abscess auf der Spitze des Warzenfortsatzes durch Erweiterung der Wundöffnung nach unten eröffnet werden.

In den folgenden Monaten ging der Kranke auf Reisen und kam erst wieder im Herbste in meine Behandlung. Am 2. November 1893 zog ich ihm zwei erbsengrosse Sequester aus der Tiefe der Wunde. Unmittelbar darauf kam es zu Erbrechen, Schwindel und Facialisparese. Vier Tage später zog ich in Narcose einen dritten Sequester heraus, wobei die rechte Gesichtshälfte zuckte und die Facialisparese deutlicher wurde. Der Kranke erwachte auffallend spät aus der kurzen und nicht tiefen Narcose, hatte mehrere Zuckungen im rechten Bein und in beiden Händen und blieb nach dem Erwachen während des ganzen Tages in einem apathischen Zustande. Temperatur Abends 38,5. In den nächsten Tagen subjectives Wohlbefinden, kein Fieber mehr.

Darauf wurde der Kranke meiner Behandlung entzogen und einer Anstalt anvertraut, in welcher er vegetarische Kost erhielt und einer Kaltwasserkur unterworfen wurde. Als ich ihn im Frühjahr 1894 wieder sah, war er auffallend abgemagert und hustete. Die Facialislähmung war vollständig geworden. Die Wundhöhle zeigte ungefähr denselben Zustand wie früher. Zwischen den Granulationen in der Gegend des Sinus kam der Eiter pulsirend hervor. Die Abendtemperaturen schwankten zwischen 37,8 und 38,4. Die Untersuchung der Lungen ergab die Zeichen einer beiderseitigen Spitzeninfiltration. Auswurf war nicht vorhanden. Ein neuer Eingriff konnte nach den seitherigen Erfahrungen bei dem unaufhaltsamen Fortschreiten der Krankheit nicht mehr angerathen werden.

Digitized by Google

Im Mai 1894 schwankten die Temperaturen Morgens zwischen 36,0 und 37,0, Abends zwischen 38,0 und 38,5. Fast täglich kam es zum Erbrechen. Am 25. Mai Nachmittags trat ein schwerer Schüttelfrost ein, worauf die Temperatur bis 39,2 stieg. Ein zweiter Schüttelfrost erfolgte am 29. Mai Abends, wobei die Temperatur auf 40,0 kam, am 30. Mai früh auf 35,2, also um fast 5 Grad herabsank, Mittags nach einem neuen Frost auf 40,7, also um 5½ Grad stieg, Abends 39,1 betrug und am 31. Mai früh auf 35,9 herabging. Der nächste Frost stellte sich am 7. Juni ein, dann kamen Fröste am 9. und 15. Juni. Zwischen diesen Frostanfällen bestand mässiges irreguläres Fieber. Die Kräfte schwanden zusehends, das Erbrechen wiederholte sich häufig, der Husten war stets gering, der Auswurf schleimig und äusserst spärlich. Der Puls hielt sich nahe an 100 Schlägen in der Minute und war regelmässig. Unter dem rechten Kieferwinkel schwoll eine Drüse an und wurde druckempfindlich. Die Klagen beschränkten sich auf grosse Schwäche und häufigen Hinterhauptsschmerz. Von Anfang Juli an stellte sich bisweilen Somnolenz ein. Am 9. Juli kam wieder ein Frost. Jetzt liess sich eine schmerzhafte Härte vom Kieferwinkel bis in die Mitte des Halses hinab fühlen. Am 18., 22., 24. und 25. Juli wieder Schüttelfröste. Die Somnolenz nahm zu und am 31. Juli trat der Tod ein.

Section 22 Stunden nach dem Tode mit Dr. von Wild.

Starke Abmagerung. Im Herzbeutel reichliche klare Flüssigkeit. Die Pleuren an den Lungenspitzen verwachsen. In beiden Oberlappen kleine, bis bohnengrosse Cavernen, peribronchitische Indurationen und spärliche miliare Knötchen. Milzschwellung. Vereinzelte Tuberkel in den Nieren.

Das Hirn reisst beim Herausnehmen über dem rechten Tegmen tympani ein. Der auf dem Tegmen haften bleibende, etwa 4 Ctm. breite und lange und 1 — 1½ Ctm. dicke Theil hinterlässt an der Basis des Schläfenlappens einen ebenso grossen Defect, der überall bis in die weisse Substanz geht. Von diesem Defect zieht nach hinten eine thrombosirte Piavene, die mit Eiter bedeckt ist. In beiden Sylvi'schen Spalten, besonders in der linken, zahlreiche Tuberkel an der Pia. In beiden, nur wenig ausgedehnten Seitenventrikeln klare Flüssigkeit. Im Uebrigen Hirn und Kleinhirn normal. Der Sinus transversus enthält in seinem S-förmigen Theil Eiter. Der Sinus petrosus superior ist thrombosirt. Beim Abziehen der Dura vom rechten Felsenbein ergiebt sich, dass die ganze Fossa sigmoidea des Sulcus transversus cariös zerstört ist und dass der mit blassen, starren Granulationen bedeckte Sinus tief in den zerstörten Knochen hineinragt. Auch das Tegmen tympani ist in grosser Ausdehnung zerstört. Hier ist die Dura stark verdickt und aussen mit voluminösen, starren Granulationen bedeckt, in welchen zahlreiche Knochentrümmer eingebettet sind. In gleicher Ausdehnung, wie diese Granulationswucherungen an der Aussenseite der Dura, haftet innen an derselben das erwähnte Stück Hirnsubstanz, welches gleich wie die mit ihm fest verwachsene, bindegewebig verdickte Dura mit hanfkorn- bis erbsengrossen, zum Theil verkästen Knoten durchsetzt ist. Warzenfortsatz, Gehörgang und Paukenhöhle sind in einen mit Granulationen und Knochentrümmern gefüllten grossen Hohlraum verwandelt, in welchem, wie die Untersuchung des herausgenommenen und macerirten Knochens

Digitized by Google

später zeigte, der Facialiscanal, die Schnecke, ein Theil der Bogengänge, die Fossa jugularis und die laterale Wand des carotischen Canals fast vollständig aufgegangen sind. Die Zerstörung überschreitet die Grenzen des Schläfenbeins nicht, sondern ist an den Nahtverbindungen mit dem Seitenwand- und Hinterhauptsbeine scharf abgegrenzt.

Nach Entfernung einer taubeneigrossen Drüse im Kieferwinkel wird die Jugularis blossgelegt. Sie ist oben mit Eiter gefüllt, in der Mitte des Halses vollständig zerstört und verliert sich hier in einem etwa hühnereigrossen Abscesse.

Ueber das Vorkommen von Lipomen in der Schleimhaut der Nasenhöhle.

Von

Dr. **B. Gomperz,**

Docenten an der Wiener k. k. Universität.

(Hierzu eine lithographirte Tafel.)

Das Vorkommen von Lipomen innerhalb der Nasenhöhle ist bis nun nicht beschrieben worden. In keinem der bekannten Lehrbücher der Rhinologie oder pathologischen Anatomie ist solcher Nasengeschwülste Erwähnung gethan; auch in Zuckerkandl's grossem Werke über normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle findet sich darüber keine Bemerkung. Ich halte es daher für angezeigt, folgenden von mir beobachteten Fall eines von Flimmerepithel bekleideten Lipomes der Nasenhöhle mitzutheilen.

Am 18. Juni 1890 wurde mir von Herrn Prof. Politzer Herr W. R., Restaurateur, ein kräftiger, corpulenter Sechziger zur Behandlung seines chronischen Mittelohrcatarrhes zugesendet. Bei der Rhinoscopia anterior, die ich dem Catheterismus voranschickte, fiel mir in der linken Seite ein Tumor auf, der, etwa 2½ Ctm. von der Nasenspitze entfernt, von der oberen Nasenwand herabragte, dort, wo sich die Cartilago triangularis an das Nasenbein ansetzt.

Er hatte die Grösse einer kleinen Kirsche, war rundlich, an der Oberfläche drusig, von Schleimhaut bekleidet; die Farbe war blassroth; stellenweise war die Neubildung exulcerirt und mit Blutkrusten bedeckt. Die Sondirung ergab, dass der Tumor von derbem Gefüge und breit gestielt war.

Die Nasengänge erwiesen sich als sehr weit durch Atrophie der Schleimhaut, welche mit festhaftenden Schleimkrusten bedeckt war; üblen Geruch konnte ich nicht wahrnehmen. Auf näheres Befragen erzählte der Patient, dass ihn nur häufiges Nasenbluten belästige, die „kranke Stelle" jucke oft und die geringste Berührung genüge, um eine Blutung zu erzeugen; er war mit der sofortigen Entfernung einverstanden.

Nach gründlicher Cocainisirung konnte ich unter Beleuchtung mit reflectirtem Lichte die grössere Hälfte der Geschwulst mit der Glühschlinge abschneiden; der Rest liess sich mit einem scharfen Löffel leicht ausheben, Anpressen von Jodoformwatte stillte die Blutung.

Digitized by Google

Beim Durchschneiden der Neubildung fiel mir nichts Besonderes auf; es war dieselbe Consistenz da, wie bei derberen Nasenpolypen. Der Tumor kam sogleich in Alcohol und wurde in Celloidin eingebettet.

Bei der microscopischen Untersuchung war ich nun nicht wenig überrascht, den Tumor aus Fettgewebe bestehend zu finden, dessen Anordnung die auf beifolgender Tafel bei schwacher Vergrösserung (1 : 12) aufgenommene Abbildung zeigt. Bekleidet ist der Tumor von einem hohen geschichteten Flimmerepithel *e e*, welches gegen die Kuppe allmählig in geschichtetes Plattenepithel übergeht. Ausser an der ulcerös zerfallenen Strecke *u*, welche der vordersten Partie des Tumor's entspricht, während die Basis bei *b b* zu suchen ist, liegt unter dem Epithel ein sehr kernreiches, dichtgefasertes Bindegewebe, welches stellenweise allmählig, stellenweise mit schärferer Grenze in ein zartes, grossmaschiges Bindegewebsnetz übergeht; in den Maschen desselben liegen die Fettzellen, welche die Hauptmasse der Neubildung ausmachen. Dieses Netz ist ausserdem von grossen Gefässen (*g*) durchzogen, in deren Umgebung das Bindegewebe stärker entwickelt ist; nahe der Oberfläche fanden sich einzelne Nervendurchschnitte.

Der Tumor ist demnach als Lipom anzusprechen. Der Fall ist jedenfalls ein Unicum, wenngleich man sich über diese Bildung von Fettgewebe nicht zu verwundern braucht, da ja für die histologischen Constituentien der Nasenhöhle dieselben Gesetze gelten, wie für die an anderen Körperstellen. An die Entstehung des Tumors aus dem subcutanen Fettgewebe braucht man nicht zu denken; dieser Meinung war auch Herr Professor Zuckerkandl, der nach Durchsicht meiner Schnitte die grosse Freundlichkeit hatte, mir an einem Cadaver das Verhältniss des subcutanen Zellgewebes zur Mucosa an der genannten Stelle zu demonstriren; ein Durchbrechen des subcutanen Fettgewebes wäre nur an den Rändern der Cartilago triangularis und auch da nur schwer möglich; von dieser Eventualität kann wohl abgesehen werden.

An der Stelle, wo das beschriebene Lipom in die Nasenhöhle hineinwucherte, findet sich zwar normaliter in der Submucosa kein Fettgewebe (Zuckerkandl), doch ist es bekannt, dass die submucöse Schichte vieler Orte eine Disposition der Bindegewebszellen zur Fettaufnahme zeigt, die sie als Parallelgewebe für das Unterhautzellgewebe betrachten lässt. Wenn auch gewöhnlich an diesen Stellen niemals ein zusammenhängendes Fettlager besteht, so findet man doch bei gut genährten Individuen öfters einzelne Fettläppchen, z. B. in der Submucosa des Darmes, des Magens, der Tracheä etc. (Virchow.)

Die pathologische Anatomie lehrt, dass jeder Lipombildung örtliche Ursachen zu Grunde liegen, die, wenn auch klein, doch grosse Wirkungen haben können, insbesondere bei Prädisposition zur Lipombildung. Bedenkt man, wie vielen Insulten die Nase bei manchen Menschen ausgesetzt ist, durch brusques Anfassen und Abwischen beim Schneuzen, durch Bohren, Kratzen etc., so wird man wohl auch in diesem Falle den Reiz als vorhanden gewesen betrachten können, umsomehr, als in Folge der Rhinitis atrophicans eine öftere Reinigung der Nase erforderlich war.

Auffallend ist nur das Vorkommen dieses Lipomes an einer Stelle, wo die Mucosa straff gespannt ist, während sich bekanntlich diese Ge-

Digitized by Google

schwülste dort am häufigsten vorfinden, wo die Haut am leichtesten verschiebbar ist.

Eine weitere Frage lässt sich darüber aufwerfen, ob die Bildung des Fettgewebes hier als Rückbildungsvorgang, oder als progressive Metamorphose aufzufassen sei. Ich glaube, dass ein Rückbildungsvorgang ausgeschlossen werden kann, da nirgends die von Förster beschriebenen Bilder — das Vorkommen mehrerer Fetttropfen in einer Zelle — zu sehen sind; ferner findet sich die Hauptmasse des Fettgewebes gerade in den centralen Partien, während die peripheren reichlicheres, derbes Bindegewebe enthalten.

Dagegen spricht für die zweitgenannte Form das reichliche Vorkommen von Rundzelleninfiltration im Bindegewebe des Tumors; bekanntlich entsteht Fettgewebe derart, dass zuerst in dem Bindegewebe eine zellige Wucherung stattfindet, und dass der neugebildete kleine Zellhaufen sich durch Aufnahme von Fett in das Innere dieser Zellen in einen Fettlappen umwandelt.

Ueber den weiteren Verlauf kann ich nicht Vieles sagen; am 21. 5. 1891, also 11 Monate nach der Operation, besuchte mich Herr R. wegen seiner Ohren; dabei fand ich an der Stelle, wo der Tumor sass, einen flachen Höcker, über den glatte Schleimhaut hinzog. Die weitere Controle ist nicht möglich gewesen, da Patient kurze Zeit darauf an einem Vitium starb.

II. Referate.

Pharyngo-laryngologische:

Rheumatische Halsaffectionen. (Affections rhumatismales de la gorge.) Von Dr. Max Thorner. (Cincinnati med. Journal, März 1893 und Revue de laryngol. No. 7, 1894.)

Klinische Studie mit Vorstellung zweier Kranken. Gewöhnlich rheumatische Schmerzen auch an anderen Stellen. Salol und Salophen helfen dabei immer.

Dr. P. K.

Retropharyngealabscess beim Kinde. (Abcès rétropharyngien chez l'enfant.) Von Dr. Bilton Pollard. (The Lancet, Februar 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Diese Abscesse sind nicht immer, wie man früher annahm, eine Folge von Caries der Wirbelsäule. Verf. giebt vier Fälle, von welchen keiner eine Läsion der Wirbelsäule hatte. Diese von der Wirbelsäulenerkrankung unabhängigen Abscesse können von einer gewöhnlichen phlegmonösen Entzündung herkommen, oder sie sind die Folge einer Entzündung einer Drüse, welche sich vor dem dritten Lebensjahre zwischen Mucosa und der Aponeurose der Praevertebralmuskeln befindet, nachher aber verschwindet; und in der That findet man diese von Caries unabhängigen Abscesse meistentheils vor Ende des dritten Jahres. Verf. giebt die Symptome der Retropharyngealabscesse und räth deren frühzeitige Eröffnung nach der äusseren, Chiene'schen Methode.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber retropharyngeale Abscesse. (Sur les abcès rétropharyngiens.) Von Dr. Roquer Casadesus. (Revista de laryngologia und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Sobald mit der Explorationsspritze die Gegenwart des Eiters festgestellt ist, soll man eröffnen; ein junger Mann, bei dem man zu spät eröffnete, starb an Pyämie. Man muss genau zwischen Retropharyngeal- und Lateropharyngealabscess unterscheiden; letztere hängen gewöhnlich von einer Erkrankung der Halswirbel ab. Die Stellung des Kopfes hilft zur Differentialdiagnose: beim Retropharyngealabscess ist der Kopf nach rückwärts gehalten, der Hals steif; bei Lateropharyngealabscess ist der Kopf nach der gesunden Seite hin geneigt. Dr. P. K.

Beitrag zum Studium der Mund- und Pharynxtuberculose mit besonderen Bemerkungen über ihr Entstehen. (Contribution à l'étude de la tuberculose de la bouche et du pharynx, avec considérations spéciales sur sa pathogénie.) Von Dr. Nicolo Palazzolo. (Archiv. ital. di laringologia, Januar 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Diagnose oft schwer; der Koch'sche Bacillus, wenn man selben findet, kann von einem Lungensputum herstammen; manchmal findet man ihn gar nicht und es besteht dennoch Tuberculose (Feurer, Hansemann). Die Diagnose macht sich noch am leichtesten aus dem Zustand der betreffenden Geschwüre und der Lunge. Verf. beschreibt diese Geschwüre. Unversehrte Lungen sprechen nicht gegen Tuberculose; primäre Mund- und Pharynxtuberculose können bestehen, was ja nach unserer heutigen Auffassung leicht möglich ist. Verf. bringt mehrere Beispiele. Dr. P. K.

Sexualkrankheiten und Krankheiten der obersten Luftwege beim Weibe. (Troubles génitaux et affections des voies aériennes supérieures chez la femme.) Von Dr. Albespy. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Dieser Zusammenhang, namentlich der Zusammenhang zwischen weiblichen Genitalien und äusserer, aber namentlich innerer Nase ist längst festgestellt. Da das Gewebe der Nasenmuscheln cavernöses Gewebe ist, so lassen sich viele mit Genitalleiden, namentlich mit Amenorrhoe zusammenhängende Nasenleiden durch mechanische, passive Ueberfüllung des cavernösen Gewebes erklären. Die Unterleibsleiden haben auch einen störenden Einfluss auf den Larynx selbst, sei es durch Reflexreiz, durch passive Congestion oder durch Hypertrophie der Schilddrüse. Verf. giebt verschiedene Krankengeschichten, welche den Zusammenhang der Unterleibsleiden mit Nasen- und Rachenkehlkopfleiden darthun. Verf. benutzt dieses klar bewiesene Verhältniss, um das Exclusive des Halsspecialistenthums zu tadeln, welches in jedem kleinen Halsleiden eine eigene Krankheit erblickt und statt dieselbe auf ein allzu oft daneben bestehendes Allgemeinleiden zurückzuführen, dieses kleine Halsleiden ohne Erfolg local behandelt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Retropharyngealabscess, Operation. (Abcès rétropharyngien, opération.) Von Dr. A. G. Hawkins-Ambler. (British Medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Verf. wandte die Methode nach Chiene an: Einschnitt am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus, genaues Präpariren der vor der Wirbelsäule gelegenen Theile, Entleerung des Eiters und Drainage.

Dr. P. K.

Ueber den Werth der Unterbindung der Arteriae linguales bei der Behandlung der malignen Zungentumoren. (De la valeur de la ligature des artères linguales dans le traitement des affections malignes de la langue.) Von Dr. W. Haslain. (Birmingham medic. Review, April 1893 und Revue de laryngol. No. 7, 1894.)

Verf. bespricht den Werth dieser Unterbindung, wenn selbe im digastrischen Dreieck stattfindet. Bei bösartigen Tumoren der Zunge, welche man nicht operiren will, verzögert diese doppelte Unterbindung den Verlauf der Krankheit um ein Bedeutendes, sie vermindert den Schmerz und die belästigende Hypersecretion, verhindert die Blutungen und verlängert demgemäss das Leben um ein Bedeutendes. Verf. räth sogar, in manchen Fällen die Resection des Geschmacksnerven zu machen und erzählt zwei Fälle als Beweis seiner Behauptung.

Dr. P. K.

Seltener Fall von Uvulitis. (Cas unique d'uvulite.) Von Dr. J. Huber. (Arch. of Pediatrics, Januar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Ein 10monatliches Kind hat unaufhörlichen Husten und Schlingbeschwerden; bei dem endlich sehr erschöpften Kinde bemerkt man während eines heftigen Hustenstosses eine kleine rothe Masse zwischen den Lippen, welche sich als die ödematös angeschwollene Uvula herausstellte; einige Nadelstiche und Eis innerlich brachten nebst chlorsaurem Kali Heilung.

Dr. P. K.

Tuberculose der Zunge und des Gaumens. (Tuberculose linguale et palatine.) Von Dr. Du Castel. (Société de dermatologie et de syphiligraphie, Séance du 8 Mars 1894 und Semaine médicale No. 16, 1894.)

Zungenulcerationen bestehen bei einem vorgestellten Patienten seit zwei Jahren. Antisyphilitische Behandlung schadete auffallend. Creosot innerlich und Acid. lacticum äusserlich brachten Besserung. Jetzt besteht Schwellung des Gaumens und der linken Zungenhälfte; die Lungen sind gesund. Gewöhnlich bringt Tuberculose keine Schwellung; in diesem Falle muss man eine tuberculöse Glossitis mit Tumorbildung annehmen.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Abscess der Zungenbasis. (Note sur un cas d'abcès de la base de la langue.) Von Dr. L. Hélary. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Selten und nur durch das Laryngoscop zu erkennen. Nach Ruault wären sie gewöhnlich das Resultat der Entzündung der vierten Mandel. In vorliegendem Falle aber entstand der Abscess ohne vorhergehende

Digitized by Google

Glossitis; er entstand, wie in einem Falle von Seifert, durch Verletzung durch einen Fremdkörper, hier einen Knochen. Untersucht man in solchen Fällen nicht ganz genau, so hält man die Röthung des Pharynx und des Gaumensegels für eine einfache Angina; das Laryngoscop wird aber dann einen kleinen runden Tumor in der Tiefe zeigen.

Dr. P. K.

Zungenneurose. (Névrose de la langue.) Von Dr. Piotrowsky. (Bulletin de la société de biologie 1893, pag. 41 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Kommt meistentheils bei Neuropathen vor und ist besonders von Verneuil und Fournier studirt. Die Patienten glauben an ein tiefes, unheilbares Zungenleiden. Die Venenerweiterung an der Zunge ist kein constantes Symptom. Kommt meistens bei alten Männern und bei Frauen in der Menopause vor.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von congenitaler Anomalie der vorderen Bogen des Gaumensegels. (Deux cas d'anomalie congénitale des piliers antèrieurs du voile du palais.) Von Dr. Garel. (Französ. Gesellsch. für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

20 Fälle in der Literatur bekannt, wovon 5 die hinteren und 15 die vorderen Gaumenbögen betreffen. Verf. bringt zwei neue Fälle, einen von symmetrischer Perforation der beiden vorderen Gaumenbögen und einen von einseitiger linksseitiger Perforation. Verf. ist der Ansicht, dass solche Perforationen nicht immer von Diphtheritis, Scarlatina oder Abscessen herrühren, sondern glaubt an eine embryonäre Resorption.

Dr. P. K.

Behandlung der Mandelhypertrophie mittelst Galvanocaustik. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales par le galvanocautère.) Von Dr. R. Botey. (Revista de Ciencias medicas de Barcelona, Archives internationales de laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

In 10 — 15, vier bis sechs Tage von einander entfernten Sitzungen sind die Kranken geheilt; letztere ziehen diese Behandlung gewöhnlich der rascheren Amygdalotomie vor. Bei sehr stark entwickelten Mandeln macht Verf. vorher eine partielle Amygdalotomie und zerstört den Stumpf mittelst Galvanocaustik. Cocain ist unnöthig.

Dr. P. K.

Behandlung der acuten Amygdalitis mittelst Guajacol. (Du traitement de l'amygdalite aigue par les badigeonnages de guajacol.) Von Dr. Sciolla. (Semaine médicale No. 27, 1894.)

Nicht nur als Antithermicum, sondern auch als Analgeticum mit Erfolg angewandt. Auf die Mandeln bei acuter Entzündung eingerieben, kann es sogar abortiv wirken; es wird pur mittelst eines Wattetampons auf die Mandeln gebracht; Anfangs bringt es ein Gefühl von Brennen hervor, welches durch den vorherigen Gebrauch von Cocain nicht verhindert wird. Zwei bis drei Einpinselungen genügen gewöhnlich.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Neue Methode der Eröffnung der Abscesse der Mandelumgebung. (Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens.) Von Dr. A. Ruault. (Mercredi médical, Januar 1893 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Man eröffne sobald als möglich. Die Classiker rathen, den Eiter einen Centimeter nach aussen vom Rande des Arcus palatoglossus, auf der Höhe, wo dieser Arcus aus der verticalen Richtung in die horizontale übergeht, zu suchen. Verf. räth hingegen, zwischen Arcus palatoglossus und der Mandel an dem oberen Theile letzterer nach aussen vorzugehen; Verf. bedient sich dazu eines stumpfen, rechtwinklig gebogenen, sondenartigen Instrumentes, dringt zwischen Mandel und Arcus anterior in die Tiefe, trennt den Arcus anterior von der meist ihm anklebenden Mandel und umgeht nun die so isolirte Mandel, um in die Tiefe einzudringen; denn hier ist der gewöhnliche Sitz des Eiterherdes. In Ausnahmefällen sitzt er hinter der Mandel und dann muss man zwischen letzterer und dem Arcus palatopharyngeus eingehen. Dr. P. K.

Falsches Myxoedem; Giftigkeit des Succus thyroideus. (Myxoedème fruste; toxicité du liquide thyroidien.) Von Dr. Chantemesse und Dr. R. Marie. (Société méd. des hôpit., Séance du 16 Février 1894.)

Beim Eintreten der Pubertät schwillt die Schilddrüse beim Weibe an. In den climacterischen Jahren nimmt die Schilddrüse beim Weibe ab und aus dieser Functionsverminderung lassen sich jedenfalls viele der in der Menopause eintretenden Erscheinungen ableiten, wie Tachycardie, Hitzegefühl, Schwindel, Muskelschwäche. Solche Fälle werden durch Thyroidealsaft geheilt. Verff. erzählen einen auffallenden Fall; der Saft wurde subcutan angewandt; bei zu grossen Dosen traten Schwindel, Magenbeschwerden, Müdigkeit, Schlafsucht ein. Dr. P. K.

Myxoedem durch frische Schafsschilddrüse, innerlich gereicht, geheilt. (Cas de myxoedème guéri par l'ingestion de glandes thyroides fraiches de mouton.) Von Dr. Canter. (Société médico-chirurgicale de Liège, Séance du 4 Janvier 1894.)

Verf. giebt die genaue Beschreibung des ganzen Krankheitsverlaufes sowie der Behandlungsweise. Mit den meisten Autoren übereinstimmend, hält Verf. den innerlichen Gebrauch für besser, als die subcutanen Injectionen. Dr. P. K.

Ein Luftkropf. (Un cas de goître aérien.) Von Dr. Pellegrini. (Riforma medica und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Ein Trompetenbläser hat unterhalb des horizontalen Unterkieferastes einen nussgrossen, durch Druck reducirbaren, bei starkem Ausathmen wieder erscheinenden Tumor. Laryngoscopischer Befund negativ; gleich von Anfang an hatte der Tumor sein grösstes Volumen erreicht, was den Verf. denken lässt, dass Anfangs ein Abscess vorhanden war, welcher in die Trachea spontan sich ergoss und nachher in Tracheocele umwandelte. Dr. P. K.

Digitized by Google

Eine Bemerkung über die Behandlung der tertiären Schlundgeschwüre mittelst topischer Anwendung von Cuprum sulfuricum. (A note on the treatment of tertiary ulcers of the pharynx by the topical application of sulphate of copper.) Von Philipp R. W. de Santi, London. (Lancet 1894, 23. Juni)

Verf. beschreibt zwei Formen der Geschwüre, die oberflächlichen und die tiefen, und empfiehlt die locale Anwendung einer Kupferlösung 1 : 30 auf die vorher gereinigten und cocainisirten Geschwüre. Er bringt dann 5 Krankengeschichten, in denen die Geschwüre in 10 bis 30 Tagen geheilt waren, natürlich unter gleichzeitiger Verabreichung von Jodkali, das er mit Chinin vermischt zu geben pflegt. (In der Regel heilen die Geschwüre ebenso rasch auch ohne örtliche Behandlung. Wenn es aber sich in einem gegebenen Falle darum handeln würde, eine möglichst rasche und sichere Heilung zu erzielen, so könnte das Verfahren des Verf. schon werthvolle Dienste leisten. Ref) M. Schm.

Rohrzucker im Urin von an Keuchhusten erkrankten Kindern. (Le sucre de canne dans l'urine des enfants atteints de coqueluche.) Von Dr. P. Cherubino. (Terapia moderna und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Verf. fand den Zucker blos im Höhestadium der Krankheit bei sehr starken Anfällen, wie im Anfang und in der Abnahme der Krankheit, nie bei leichten Hustenanfällen. Verf. glaubt an eine Ueberanstrengung der Leberfunctionen in solchen Fällen. Dr. P. K.

Diphtherische Lähmung, Allocheiria. (Diphtherial paralysis, allocheiria.) Von William Gay, M. D. (Lancet 1893, October 21.)

Der Name, von ἄλλη χεις stammend, wurde zuerst von Obersteiner für ähnliche Fälle, die er bei Tabes beobachtete, gebraucht.

Des Verf.'s Fall betraf ein 13jähriges Mädchen, das 4—5 Wochen nach einer überstandenen schweren Diphtherie neben Anosmie, Aphonie und sonstigen Lähmungserscheinungen in den Muskeln der Augen, der Extremitäten u. s. w. das eigenthümliche Symptom zeigte, dass sie Berührungen der einen Seite des Körpers auf der anderen empfand. Nach Besprechung der verschiedenen Möglichkeiten, z. B. der Verbindung der diphtherischen Lähmungen mit Hysterie, sucht Verf. zu beweisen, dass es sich hier um eine der Tabes nahe verwandte diphtherische Lähmung handele. Aus den Beobachtungen Dumontpelliers, der nach örtlicher Anästhesirung des einen Arms einen Abscess an der correspondirenden Stelle des anderen schmerzlos eröffnen konnte, folgert Verf., dass eine sehr enge Verbindung der sensorischen Areas der beiden Körperseiten bestehen müsse. M. Schm.

Hysterisches Stummsein durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt. (Mutisme hystérique guéri par la suggestion à l'état de veille.) Von Dr. Ficano. (Gazzeta degli Ospitali und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Soll immer zuerst versucht werden und dann erst soll man zur Suggestion im schlafenden Zustande schreiten; man soll aber dabei sehr vorsichtig sein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Stimmbandzittern. Rolle des Kleinhirns bei Sprach- und Stimmstörungen. (A propos du tremblement des cordes vocales. Rôle des lésions du cervelet dans les troubles de la parole et de la phonation.) Von Dr. J. Collet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Bei der Section eines Pat., bei dem man Herdsclerose diagnosticirt hatte, fand man folgenden unerwarteten Befund: 1) Fehlen jeder Medullarläsion, Atrophie des Kleinhirns, trotzdem Herdsclerose klinisch festgestellt war; man muss also eine Pseudosclerose in Herden, vom Kleinhirn ausgehend, annehmen, ebenso wie man pseudobulbäre Paralyse, vom Kleinhirn ausgehend, angenommen hat. 2) Der Zusammenhang gewisser Kleinhirnstörungen einerseits und der Sprach- und Stimmstörungen andererseits muss angenommen werden. Dieser Zusammenhang ist längst festgestellt worden (Luys, Jaccoud, Köhler) und in den meisten solchen Fällen war Sclerose des Kleinhirns vorhanden. In denselben Zusammenhang muss man das Zittern der Stimmbänder bringen, welches von Leube und Löri erwähnt wird, dann später von Krause bei Chorea und Bleilähmung, von Herbert Spencer bei Kleingehirntumor festgestellt wurde. Dieses Stimmbandzittern kommt also nicht nur bei Herdsclerose allein vor. Die Schlussfolgerungen der ganzen Arbeit sind folgende: 1) Es besteht eine Sclerose des Kleinhirns und seiner Annexa, welche dieselben Symptome, wie die Herdsclerose hervorbringt. 2) Es giebt Stimm- und Sprachstörungen, welche offenbar von einer Erkrankung des Kleinhirns herrühren, eben weil die Gehirnnerven und ihre Kerne gesund sind. 3) Das Zittern der Stimmbänder ist nicht als Symptom der Herdsclerose (Sclérose en plaques) allein zu betrachten, sondern es kann auch bei scleröser Atrophie des Kleinhirns vorkommen.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von catamenialer Larynxblutung. (Deux cas d'hémorrhagies laryngées cataméniales.) Von Dr. C. Compaired. (Revista de laringologia und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Eine 25jährige hysterische Frau hat jeden Monat statt ihrer gewöhnlichen Menstruation Bluthusten in Folge eines exacerbirenden Pharyngolaryngealcatarrhs; dieser Anfall dauert eine Woche, um nach 3 Wochen wieder anzufangen.

Eine 21jährige nervöse Frau hat ebenfalls statt regelmässiger Menstruation jeden Monat Blutspeien; es besteht dabei Morbus Basedowi.

Verf. betont in seiner Arbeit, dass man diese laryngealen Menstruationsblutungen nicht Larynxblutungen nennen soll, da sich nie Blutklumpen bilden, welche den Larynx verstopfen oder in das submucöse Gewebe sich einsenken; bei den catamenialen Larynxblutungen besteht nur mittelmässige Hyperämie der Mucosa. Dr. P. K.

Ueber den Verlauf des Nervus laryngeus inferior. (Trajet suivi par le nerf laryngé inférieur.) Von Dr. W. Ramsay Smith.

Verf. verwirft die Theorie von Herbert Davies, nach welcher die Respiration von der combinirten Action des Zwerchfells und der Glottismuskeln abhängen soll. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueberanstrengung des Larynx. (Du surmenage vocal) Von Dr. Poyet. (Französische Gesellchaft f. Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Kann nicht nur durch Missbrauch, sondern auch durch unverständiges Athmen kommen; in letzterem Falle macht die Compensation zwischen dem vibrirenden und motorischen Moment sich nicht geltend. Immer bestehen jedoch dabei Functionsstörungen der Stimmbänder, welch' letztere von bleibenden oder vorübergehenden Veränderungen der Larynxgewebe (Mucosa, Blutgefässe, Drüsen, Muskeln) stammen. Ruhe und Antiseptica bei acuter Ermüdung; die chronische Form ist schwer zu heilen.

Dr. P. K.

Larynxtumor. (Cas de tumeur du larynx.) Von Dr. H. L. Swain. (New-York med. Journal, März 1893 und Revue de laryngol. No. 7, 1894.)

Ein 50jähriger Mann hat Aphonie und Larynxpfeifen; beim Husten fühlt er eine Bewegung im Larynx. Ein gestielter fibröser Tumor legte sich während der Respirationsbewegungen zwischen beide Stimmbänder; der grosse Tumor wurde nach mehreren vergeblichen Extractions-Versuchen mittels der kalten Schlinge entfernt; der Stiel ging von der hinteren Epiglottisfläche und von der vorderen Commissur aus. Blutung bedeutend, so dass der Patient mit herabhängendem Kopfe ins Bett gelegt werden musste. Heilung. Kein Recidiv. Dr. P. K.

Ueber die angeblich besondere Neigung gutartiger laryngealer Geschwülste, nach intralaryngealen Operationen eine bösartige Veränderung zu erleiden. (On the alleged special liability of benign laryngeal growths to undergo malignant degeneration after intralaryngeal operations.) Von Prof. Semon, London und Dr. Newmann, Glasgow. (New-York med. Journ. 1894, 2. Juni.)

Hervorgerufen wurde diese Veröffentlichung durch einen Artikel von Mr. Lennox Browne in Burnett's System of diseases of the ear, nose and throat, in dem Browne die in dem Titel erwähnte, von Semon durch die bekannte Sammelforschung so gründlich widerlegte Behauptung wieder aufwärmt. Die Verff. weisen zunächst nach, dass Browne in den zur Unterstützung seiner Ansicht herbeigezogenen drei Fällen von Mackenzie dessen Ansichten arg entstellt hat, indem er den Bericht Mackenzie's für seine Zwecke umgestaltet. Mackenzie berichtet in dem einen Falle z. B., dass es ihm im Anfang so „geschienen" habe, als ob es sich um ein Papillom handele, dass aber nach der Herausnahme der Geschwulst durch Thyreotomie sich gezeigt, dass es ein Krebs gewesen. Er fügt ausdrücklich hinzu, dass er nicht glauben könne, dass eine gutartige Geschwulst durch das einmalige Eingehen mit der Zange in den Kehlkopf in eine bösartige verwandelt werden könne. Das will doch sagen, dass er glaubt, die Geschwulst sei von Anfang an bösartig gewesen. Daraus macht nun Herr Browne einen Fall, in dem Anfangs ein Papillom „diagnosticirt" worden sei und in dem Mackenzie „mehrere" Stücke entfernt habe und stützt darauf seine Meinung, die der von fast sämmtlichen hervorragenden Laryngologen widerspricht.

Digitized by Google

Noch bequemer macht es sich Herr Browne mit dem von Newmann in dem Brit. med. Journ. Vol. I. 1889, pag. 133 mitgetheilten Falle. Um ihn für seine Zwecke benutzen zu können, ändert er ganz einfach ein Wort, wodurch allerdings der Sinn gerade umgekehrt wird. Newmann sagt, dass er in dem Falle den Tumor nach der Untersuchung des ersten Probestückchens für ein Papillom „gehalten" habe, dass er aber nach der Untersuchung weiterer Stückchen erkannt, dass es ein Carcinom war. Das Wort „gehalten" (believed) ändert Browne ganz kurz in „erwiesen" (demonstrated) um, dass also der Tumor als Papillom „erwiesen" gewesen wäre.

Einen dritten Fall, den Browne als den am stärksten beweisenden erklärt, entnimmt er einer Veröffentlichung von Semon selbst, den er sonach zu seinen Anhängern zählen zu dürfen glaubt, worin er sich allerdings stark irrt. Der Fall war von Massei und Malbranc und dann auch von Semon nach dem „Spiegelbilde" für ein Angiom gehalten worden. Die microscopische Diagnose des per vias naturales exstirpirten Tumors ergab aber, dass es ein in einen Bluterguss eingebettetes Papillom war. Vier und einen halben Monat später fand sich eine Wiederkehr des Tumors, der wieder per vias naturales herausgenommen wurde und dessen microscopische Untersuchung wieder ein Papillom ergab. Da sich aber an der Basis epitheliale Zapfen fanden, die in den Tumor eindrangen, wurde der Rest nun mittelst der Thyreotomie entfernt, und nun zeigte die Untersuchung, dass es ein Krebs war. Für Herrn Browne steht trotzdem fest, dass es von Anfang ein Angiom war, trotzdem dass Semon den Fall absichtlich unter dem unverfänglichen Titel „Anomaler Tumor des Kehlkopfs" beschrieben und seiner Mittheilung hinzugefügt hatte, dass „die Neubildung in diesem Falle jedenfalls primär bösartig gewesen und nicht etwa als Beispiel des Uebergangs einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst betrachtet werden dürfe". Herr Browne lässt eben auch in der Wiedergabe dieses Falles Alles weg, was seiner Ansicht unbequem sein konnte.

Nachdem in der Sitzung der pathologischen Gesellschaft von London Herrn Browne von verschiedenen Rednern diese und ähnliche Vorhalte gemacht worden waren, nahm er seine Ansicht in Bezug auf diesen Fall, den er für den am stärksten beweisenden erklärt hatte, zurück. Semon fügt am Schlusse hinzu: „Wie schlecht muss eine Sache sein, wenn sie nöthig hat, durch solche Mittel, wie die des Herrn L. Browne, vertheidigt zu werden." Ref. möchte dem voll beistimmen. Nach den angeführten Thatsachen kann man Herrn Lennox Browne kaum mehr unter die wissenschaftlich ernst zu nehmenden Aerzte zählen.

Wie verderblich solche unbewiesen in die Welt gesetzte Ansichten wirken können, zeigt ein in dem Centralblatt für Laryngologie 1894, 2, berichteter Fall von Jeannell, der sich durch die Furcht vor der Umwandlung eines fibrösen Tumors in einen bösartigen bestimmen liess, in einem Falle die Totalexstirpation des Kehlkopfs zu machen. Es wäre wirklich Zeit, dass die Kollegen die von Semon mit so grossem Fleiss veranstaltete und bearbeitete Sammelforschung und ihren Ergebnissen die einer solchen Arbeit gebührende Beachtung schenkten. (Ref.)

M. Schm.

Digitized by Google

III. Kritik.

Taubstummheit. Von Dr. Holger Mygind in Kopenhagen. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin 1894.

In der vorliegenden, geradezu classischen Arbeit hat sich der Autor zur Aufgabe gestellt, „eine vollständige und systematische Darstellung der Taubstummheit zu bieten".

Nach einem kurzen historischen Rückblick über die Geschichte der Literatur der Taubstummheit im Alterthum, Mittelalter und Neuzeit bespricht der Verfasser die Eintheilung der Taubstummheit in angeborene und erworbene und scheidet jene Form von Taubstummheit, die ein Ausdruck kretinischer Degeneration ist — weil in ätiologischer, pathologischer und symptomatischer Beziehung verschieden von der gewöhnlichen Taubstummheit — von der Besprechung aus

Zunächst erörtert nun Mygind das Verhältniss zwischen angeborener und erworbener Taubheit und stellt in einer Tabelle die neueren Statistiken über das numerische Verhältniss zwischen taub geborenen und taub gewordenen Taubstummen zusammen, wobei er zu dem Resultat gelangt, dass dieses Verhältniss grossen Schwankungen unterworfen ist, insbesondere deshalb, weil die hauptsächliche Ursache der erworbenen Taubstummheit — epidemische Krankheiten — zu verschiedenen Zeiten sich mit verschiedenem Character und verschiedener Stärke geltend macht. Wenigstens die Hälfte der sämmtlichen Fälle von Taubstummheit in der Gegenwart beruhe auf erworbener Taubheit. In einer zweiten Tabelle findet sich eine Zusammenstellung über die Verbreitung der Taubstummheit in den verschiedenen Ländern und die Zahl der in den verschiedenen Ländern lebenden männlichen und weiblichen Taubstummen. Es ergiebt sich daraus, dass die Taubstummheit gegenwärtig mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 79 zu 100000 Individuen auftritt, was etwa 275000 in Europa und über 1 Million für die ganze Erde ergeben würde. In Europa ist die geringste Verbreitung in West- und Südeuropa, und es scheint aus statistischen Zusammenstellungen hervorzugehen, dass die Grösse des Taubstummenquotienten in den verschiedenen Ländern im Laufe der letzten Hälfte dieses Jahrhunderts nur geringe Aenderungen erlitten hat, dass der Quotient der schwer belasteten Länder in stetem Fortgang, der der geringer belasteten im Zurückgehen begriffen sei.

Nun wird in Kürze die Verbreitung der Taubstummheit unter den verschiedenen Volksstämmen (stärkere Verbreitung unter den Bekennern der mosaischen Religion; geringe Verbreitung unter den Farbigen in Amerika) und in den verschiedenen Confessionen (kein Unterschied nachweisbar), dann die Verbreitung unter den beiden Geschlechtern besprochen, wobei sich die Thatsache des Ueberwiegens der Taubheit unter der männlichen Bevölkerung besonders in den jüngeren Altersklassen ergiebt, was deswegen besonders auffallend erscheint, weil ja das männliche Geschlecht dem weiblichen numerisch unterlegen ist. Als Ursache erwähnt Mygind die Thatsache, dass mehr Knaben als Mädchen geboren werden, und dass unter den Knaben mehr Krankheiten des Gehirns vorkommen. Ein besonderes Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes zeigt sich bei Taubgewordenen.

Digitized by Google

Nach dieser Einleitung folgt ausführlich die Besprechung der Aetiologie und Pathogenese der Taubstummheit zunächst der Frage des Einflusses der geologischen und Höhenverhältnisse. Mygind führt das häufige Vorkommen von Taubstummheit in Gebirgsgegenden an und die relative Immunität der Thäler und Tiefebenen (im Canton Wallis 492 : 100000, in holländischen Provinzen 8,5 : 100000). In den klimatischen Verhältnissen und in der Beschaffenheit des Wassers liess sich kein Einfluss auf die Verbreitung der Taubstummheit constatiren. Dagegen stimmt Mygind mit den meisten Autoren darin überein, dass ungünstige sociale und hygienische Verhältnisse für die Taubstummheit von hervorragender Bedeutung seien (Einfluss der Beschäftigung, der Nahrung, der Ergiebigkeit der Ortschaften und Dichte der Bevölkerung, Uebereinstimmung zwischen Verbreitung der Taubstummheit und hoher Sterblichkeit unter den Kindern, Ueberwiegen der auf erworbener Taubheit beruhenden Taubstummheit für die Städte, dagegen Ueberwiegen der auf angeborener Taubheit beruhenden Taubstummheit bezüglich der Landdistricte).

Sehr ausführlich befasst sich Mygind mit der Frage der Erblichkeitsverhältnisse, wobei er mit grossem Fleisse theils die vorliegende Literatur, theils selbstständige Untersuchungen aus den Taubstummen-Schemata in Dänemark benutzt. Zunächst wird die Frage der Taubstummheit in der Verwandtschaft Taubstummer besprochen: Auftreten unter Kindern Taubstummer. Aus den angeschlossenen statistischen Tabellen geht hervor, dass in Ehen, in welchen beide Theile taubstumm sind, jede 13.—14. Ehe ein taubstummes Kind hervorbringt, ferner, dass jede 31. oder 32. Ehe, in welcher nur der eine Betheiligte taubstumm war, ein taubstummes Kind erzeugt. Nicht weniger als 5 pCt. derjenigen Kinder, die in Ehen zwischen zwei Taubstummen erzeugt werden, sind mit diesem Gebrechen behaftet. Die Taubstummheit vererbt sich häufiger durch den Vater, als durch die Mutter. Unter den Taubgeborenen haben ca. 40 pCt. taubstumme Geschwister. Ungefähr 15 pCt. von denjenigen Verbindungen, in welchen taubstumme Nachkommenschaft geboren ist, haben zwei oder mehrere taubstumme Kinder und jedes 5.—6. Kind aus solchen Ehen ist taubstumm. Dabei gehört es nicht zu den Seltenheiten, dass eine nach der Geburt erworbene Taubheit zwei oder mehrere Kinder derselben Familien befällt und Taubstummheit erzeugt. Endlich kann die angeborene Taubheit gleichzeitig mit erworbener Taubheit unter Geschwistern auftreten, was Mygind an interessanten Krankengeschichten illustrirt. Er erwähnt dann noch kurz das gleichzeitige Auftreten der Taubstummheit bei Zwillingskindern, bespricht dann die Taubstummheit an anderen Punkten des Stammbaumes (auf jeden 16. Taubstummen, besonders bei angeborener Taubheit, ein taubstummer Verwandter, seltener in der gerade aufsteigenden Stammlinie, häufiger in den aufsteigenden Seitenlinien [Geschwisterkinder und Geschwister der Eltern und Grosseltern]), ferner das Auftreten von Ohrenkrankheiten bei Verwandten Taubstummer, sowie Geisteskrankheiten bei Verwandten Taubstummer (7—8 pCt. in sämmtlichen Fällen, unter Verwandten Taubgeborener ungefähr doppelt so häufig, als bei Verwandten Taubgewordener) und Epilepsie, die besonders häufig bei Eltern Taubstummer auftritt. Mygind citirt die interessante Dahl'sche Stammtafel von gleichzeitigem Auftreten von Geisteskrankheiten, Idiotie und Epilepsie bei Verwandten Taub-

Digitized by Google

stummer (34 Individuen, unter welchen 4 Taubstumme, 4 Geisteskranke, 5 Idioten, 1 Epileptiker).

Noch erwähnt Mygind das Auftreten von Stottern und anderer Sprachfehler, sowie das Vorkommen von Nervenkrankheiten bei Verwandten Taubstummer.

Was die Retinitis pigmentosa bei Verwandten Taubstummer betrifft, meint Mygind, dass künftige Untersuchungen zweifellos im Stande sein werden, ein constantes Auftreten der Retinitis pigmentosa unter Verwandten Taubstummer nachzuweisen, weil zwischen diesen beiden Abnormitäten ein intimes Verwandtschafts-Verhältniss besteht.

Eine ausführliche Besprechung widmet Mygind der Frage der Blutsverwandtschaft als Ursache der Taubstummheit. Er citirt zunächst Mygge's in dänischer Sprache erschienene Untersuchungen, aus denen hervorgeht, dass die Nachkommenschaft consanguiner Ehen in weit höherem Grade der Idiotie, Geisteskrankheiten und anderen psychischen Defecten ausgesetzt ist, als die Nachkommenschaft aus gekreuzten Ehen. In der Nachkommenschaft consanguiner Ehen finden sich verhältnissmässig mehr Taubstumme, als unter Kindern gekreuzter Ehen. Viele Umstände sprechen für die Bedeutung der Consanguinität in der Aetiologie der Taubstummheit, besonders bei angeborener Taubheit, 14,6 pCt. der Taubgeborenen stammen aus consanguinen Ehen. Die irische Statistik weist nach, dass in consanguinen Ehen umsomehr taubstumme Kinder geboren werden, je näher die Verwandtschaft zwischen den Eheleuten ist (47 Ehen zwischen Blutsverwandten mit 72 taubstummen Kindern).

In Kürze bespricht dann Mygind andere Ursachen für die Taubstummheit, so Krankheiten bei den Eltern, Alcoholismus und Syphilis, dann die Frage des Alters und des Altersunterschiedes der Eltern, den Kinderreichthum, Kindersterblichkeit, Zeitpunkt für die Geburt, Reihenfolge der Geburten, uneheliche Geburten, Einflüsse während der Schwangerschaft und während der Geburt (Druck auf den Kopf des Kindes, Umschlingung der Nabelschnur).

Nach Erörterung dieser mittelbaren oder früheren Ursachen zur Taubstummheit befasst sich Mygind nun eingehend mit den nach der Geburt auf das kindliche Gehörorgan direct einwirkenden und zur Taubstummheit führenden Ursachen. Aus Hartmann's Statistik ergiebt sich, dass ca. $^2/_3$ der taubgewordenen Taubstummen im Laufe der drei ersten Lebensjahre taub wurden, und Mygind gelangt nach einer Zusammenstellung der seit Hartmann's Arbeit erschienenen grösseren Statistiken zu demselben Resultat.

Die Gehirnkrankheiten namentlich sind diejenige Gruppe von Krankheiten, welche gegenwärtig die wichtigste Ursache zu der nach der Geburt auftretenden und zur Taubstummheit führenden Taubheit abgeben, und zwar die Meningitis simplex (in Magdeburg z. B. in 28 pCt. sämmtlicher taubgewordenen Taubstummen) und besonders die Meningitis cerebrospinalis epidemica, welche zuerst im Anfange dieses Jahrhunderts in der Schweiz auftrat, ihre grösste Verbreitung in Europa um die Mitte des Jahrhunderts erreichte und deren deletäre Einwirkung auf das kindliche Gehörorgan namentlich von Moos und Knapp hervorgehoben wurde (in Pommern—Erfurt ist in den Jahren 1874—75 die Meningitis

Digitized by Google

cerebrospinalis in 26,8 pCt. sämmtlicher Taubgewordenen Ursache der Taubheit). Die während der Meningitis cerebrospinalis auftretende Labyrinthtaubheit stellt sich in der Regel plötzlich, seltener stufenweise ein, sehr häufig tritt sie im Laufe der ersten zwei Wochen der Krankheit auf. Die Taubheit ist einem Entzündungsprocesse im häutigen Labyrinthe zuzuschreiben und die Ohrenkrankheit entsteht am häufigsten als Folge einer Fortpflanzung der Entzündung von den Gehirnhäuten, theils auf die perivasculären und perineuralen Lymphräume, theils auf die Wasserleitung des Labyrinthes.

Dann bespricht Mygind die Bedeutung der Gruppe der acuten Infectionskrankheiten für die Aetiologie der Taubstummheit. Die grosse Mehrzahl der Fälle von Taubstummheit, welche durch die nach der Geburt erworbene Taubheit hervorgerufen ist, stammt nach acuten Infectionskrankheiten, besonders nach Scharlach. Hartmann fand, dass 11,3 pCt. der Taubgewordenen ihre Taubheit auf Scharlach zurückzuführen haben; doch spielt, wie aus den Statistiken hervorgeht, der Scharlach in den verschiedenen Ländern und zu verschiedenen Zeiten eine ungleich wichtige Rolle. Die zur Taubstummheit führende scarlatinöse Taubheit beruht unzweifelhaft immer auf einer theilweisen oder vollständigen Zerstörung des häutigen Inhaltes des Labyrinthes, welches Leiden auch bisweilen auftreten kann, ohne dass eine Entzündung der Trommelhöhle das Verbindungsglied gebildet hat, so dass das Labyrinthleiden als eine Metastase aufzufassen wäre, ähnlich wie die während des Scharlach auftretenden Nierenleiden. Die Taubheit ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der Desquamationsperiode aufgetreten.

Der Procentsatz der nach Masern Taubgewordenen beträgt durchschnittlich 3,6 pCt. (in Berlin 8 pCt.). Die in Folge der Masern entstandene Taubstummheit bietet in pathogenetischer und pathologisch-anatomischer Beziehung grosse Aehnlichkeit mit der durch Scharlach hervorgerufenen dar.

In Folge Typhus haben nach Hartmann's Statistik 20 pCt. der Taubgewordenen das Gehör verloren. Neuere Untersuchungen weisen einen geringeren Procentsatz auf, in Italien jedoch 47,5 pCt. (ob Typhus da mit Meningitis cerebrospinalis zusammengeworfen?). Zur Aufklärung der Pathogenese der Taubheit nach Typhus liegen keine Obductionen von Taubstummen vor.

Diphtheritis wird bisher nur äusserst selten als Ursache von Taubheit angegeben (in Amerika 0,7 pCt., in Sachsen 0,3 pCt.), doch dürfte das primäre Leiden gewiss mitunter verkannt, oder die Diphtheritis mit der scarlatinösen Rachendiphtherie zusammengeworfen worden sein.

Blattern als Ursache der Taubstummheit ist in den verschiedenen Ländern verschieden häufig; früher von grosser Bedeutung als Ursache von Taubstummheit, spielen sie in neuerer Zeit nur eine unbedeutende Rolle.

Die amerikanische Statistik führt unter 100000 Fällen von erworbener Taubheit 6 als durch Vaccinae und 10 als durch Varicellae entstanden an, Erysipel wird in 0,1 pCt. der Fälle, Dysenterie in 0,06 – 0,6 pCt. als Ursache der Taubstummheit erwähnt, für Influenza führt Mygind nur eine aus dem Jahre 1851 für Irland vorliegende Statistik mit 0,6 pCt. der Fälle an, aus italienischen Anstalten wird die Malaria in 1,3 pCt.

Digitized by Google

sämmtlicher Fälle als Ursache der Taubstummheit bezeichnet, Keuchhusten soll in 0,4—4,3 pCt. (Dänemark), Mumps in 0,5 pCt. (besonders bei Kindern in jugendlichem Alter) die Ursache der Taubstummheit abgegeben haben, von der Pneumonia crouposa, die Uchermann in 0,5 pCt. bei Taubstummen in Norwegen ätiologisch anführt, meint Mygind, dass es nicht unwahrscheinlich sei, dass sie Veranlassung zur Taubstummheit geben kann. Acuter Gelenkrheumatismus wird in Magdeburg in 0,4 pCt. sämmtlicher Fälle von Taubstummheit als Ursache genannt.

Nach Mygind erscheint es auch nicht unwahrscheinlich, dass Rhachitis die Ursache von Taubstummheit zu bilden im Stande ist; sie wird von Lemcke für Mecklenburg-Schwerin mit 5,3 pCt. und von Uchermann für 1,4 pCt. als Ursache angegeben. Die Bedeutung der Scrophulose für die Taubstummheit liege wahrscheinlich darin, „dass sie für Suppurationen im Mittelohre prädisponirt". Angeborene Syphilis als Ursache der Taubstummheit haben die vorliegenden Statistiken sehr selten nachweisen können. „Dass auch die erworbene Syphilis im Stande ist, Taubstummheit hervorzurufen, ist höchst wahrscheinlich, jedoch erwähnt die Literatur nichts hierüber."

Primäre Ohrenkrankheiten, oder aus dem Nasenrachenraume fortgepflanzte Entzündungen, besonders wenn sie das Labyrinth befallen, können so früh eintretende und so bedeutende Taubheit hervorrufen, dass die Taubstummheit als Folge sich einstellt. „Welche Bedeutung diese Krankheiten für die Aetiologie der Taubstummheit haben, darüber wird man sich schwerlich jemals ein sicheres Urtheil bilden können."

Andere Einflüsse, die als Ursache der Taubstummheit angeführt werden, sind in ihrer Bedeutung theils problematisch, theils höchst zweifelhaft (Würmer, Zahnbruch, Zahnkrämpfe, Diarrhoe, Verbrennung, Schreck, Brustcatarrh, Chloroformnarcose, schlechte ärztliche Behandlung [in der amerikanischen Statistik nicht wenig Fälle]), theils unzweifelhaft, wie Blitzschlag, Sonnenstich, Chininvergiftung (78 Fälle in der amerikanischen Statistik), Sturz in's Wasser, äussere Gewalt (in Lemcke's Statistik aus Mecklenburg-Schwerin in 5 pCt. von sämmtlichen Fällen).

Zum Schlusse erwähnt noch Mygind, dass hin und wieder die Taubstummheit auf die Weise entstehen kann, dass 2 oder mehrere verschiedenartige Einflüsse gleichzeitig oder nacheinander das kindliche Gehörorgan nach der Geburt treffen können (während des Keuchhustens entstandene Gehirnentzündung, Scharlach nachher Masern), oder dass die Taubheit einer Abortivform jener Infectionskrankheiten zuzuschreiben ist, die erfahrungsgemäss Taubstummheit hervorrufen können.

Eine sehr ausführliche, interessante und kritische Besprechung widmet Mygind sodann der pathologischen Anatomie der Taubstummheit. Aus den bis September 1893 vorliegenden 150 Berichten über die Sectionen von Taubstummen behandelt der Verfasser zunächst die pathologische Anatomie jedes Abschnittes des Gehörorganes für sich. Veränderungen der Ohrmuschel und des Gehörganges sind unwesentlich, von pathologischen Veränderungen des Mittelohres werden angeführt: Abnorme Kleinheit des Trommelfelles, abnorme Spannung, Perforationen, Narben, Kalk- und Knochenablagerungen; Verengerung des runden Fensters, Ausfüllung der Nische des Fensters durch Bindegewebe, Fehlen des runden Fensters; Verkleinerung, Verschluss des ovalen Fensters; Fehlen des Promontorium;

Digitized by Google

Ablagerung von Knochensubstanz, wodurch der Umfang der Trommelhöhle verkleinert wird; vollständiges Fehlen der Gehörknöchelchen als angeborener Mangel, Fehlen, Atrophie oder Deformitäten einzelner Gehörknöchelchen, Mangel der fötalen Anlage des Stapes, Ankylosirung der Gehörknöchelchen; Abnormitäten der Muskeln der Trommelhöhle, vollständiges Fehlen oder Atrophie und Degeneration derselben; Fehlen der Chorda tympani; Fehlen des Warzenfortsatzes; Verschluss des Ostium tympanicum tubae durch Knochensubstanz oder fibröses Gewebe. Die meisten dieser Veränderungen sind Residuen von Entzündungsprocessen, und in der überwiegenden Anzahl der Sectionen sind die Abnormitäten des Mittelohres von ausgesprochenen pathologischen Veränderungen im inneren Ohre begleitet gewesen.

Von Veränderungen des Labyrinthes wird von einzelnen Autoren zunächst Fehlen des ganzen Labyrinthes oder des ganzen häutigen Labyrinthes an einer oder beiden Seiten erwähnt; ferner Veränderungen im Vorhof, Ausgefülltsein desselben durch Knochen- oder Kalksubstanz, Veränderungen des membranösen Inhaltes desselben; Verschluss oder Fehlen der Aquaeducte, Erweiterung derselben; Bildungsanomalien der Bogengänge, welche theils den knöchernen, theils den häutigen Inhalt derselben betreffen, Fehlen oder Verschluss aller oder einzelner, zumeist des hinteren Bogenganges; pathologische Veränderungen der Schnecke, Hemmungsmissbildungen, mangelhafte Entwickelung der Lamina spiralis, Ausfüllung der Schnecke durch Knochen- und Kalkgewebe, vollständiges oder theilweises Fehlen des häutigen Inhaltes der Schnecke; Atrophie oder Zerstörung der Nerven- und der Ganglienzellen; pathologische Veränderungen im Nervus acusticus; Fehlen derselben, abnorme Dünnheit, Fehlen oder schwache Entwickelung der Striae acusticae, Atrophie oder Degeneration des Stammes oder der Endzweige des Hörnerven; Hyperplasie des dem Nerven angehörigen Bindegewebes, Atrophie oder Zerstörung aller oder einzelner Endzweige; Auftreten von Corpora amylacea oder Kalkconcremente. Pathologische Veränderungen im Centralnervensystem sind sehr selten bei Sectionen Taubstummer nachgewiesen: Verdickung des Ependym des 4. Ventrikels mit Schrumpfung des unterliegenden Nervengewebes, einmal wurde Atrophie des Kleinhirns gefunden; von pathologischen Veränderungen im Grosshirne verdienen Erwähnung: Abflachung einzelner Hirnwindungen. Pathologische Veränderungen im Felsenbeine sind einigemale nachgewiesen, unvollständige Entwickelung desselben bei Fehlen des Labyrinthes, vollständige Sclerosirung, Verengerung des Meatus auditorius internus.

Die von älteren Autoren gefundenen pathologischen Veränderungen des Kehlkopfes und in den Lungen sind für die Taubstummheit von keiner Bedeutung.

Die beschriebenen pathologischen Veränderungen resumirt Mygind dahin, dass die früher sehr verbreitete Annahme, dass die auf angeborener Taubheit beruhende Taubstummheit im Wesentlichen von angeborenen Bildungsanomalien des Gehörorganes herrühre, nicht bestätigt worden ist. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind die gefundenen Veränderungen beiderseitig, wenngleich oft im Character, in der Localisation und in der Intensität in beiden Seiten verschieden. Die vorgefundenen Veränderungen im Mittelohre sind sehr häufig gleichzeitig mit

Digitized by Google

eingreifenden Abnormitäten im inneren Ohre combinirt, am häufigsten in den Bogengängen, am seltensten im Vorhofe. Die Taubstummheit muss demnach in pathologisch-anatomischer Beziehung in der Regel als die Folge eines Labyrinthleidens angesehen werden.

Im nächsten Capitel behandelt Mygind die Symptome und Folgezustände der Taubstummheit. Er theilt die Taubstummheit nach dem Grade des Gehörs in 2 Klassen: eigentliche und uneigentliche Taubstummheit und versteht unter eigentlicher Taubstummheit diejenige Form, welche durch vollständiges Fehlen des Gehörs oder der Sprache sich kennzeichnet; uneigentliche Taubstumme heissen diejenigen Individuen, welche noch Reste von Gehör besitzen und die aus diesem Grunde, oder weil die Taubheit erst in einem Zeitpunkte des Kindesalters eingetreten ist, wo das Sprechen schon gelernt war, einige Sprachfertigkeit besitzen (semimutes in England). Zunächst wird die Art und Weise der Hörprüfung bei taubstummen Kindern besprochen, wobei Mygind erwähnt dass in einzelnen Fällen das Gehör Taubstummer nicht unbedeutenden Schwankungen unterliegt, „welche auf wechselnden Zuständen im Ohre beruhen. Von diesen Zuständen besitzen wir indess keine eingehende Kenntniss". Die Anzahl der Taubstummen mit Totaltaubheit wird verschieden angegeben, nach Hartmann sind durchschnittlich 60,2 pCt, nach anderen Autoren 20,8 — 72,1 pCt. sämmtlicher Taubstummen total taub. Die meisten Untersucher haben constatirt, dass unter Taubgewordenen mehr Totaltaube nachzuweisen sind als unter Taubgeborenen; die nach der Geburt Taubstummheit hervorrufenden Krankheitsursachen wirken aber auch nicht immer gleich stark zerstörend auf die Gehörorgane ein; auch ist die Taubheit bei Taubstummen häufig auf beiden Seiten verschieden stark. Lemcke hat ferner gefunden, dass unter Kindern solcher Verbindungen, in denen mehrere taubstumme Kinder geboren waren, sehr häufig die älteren gar kein oder nur geringes Gehör besassen, während die jüngeren bedeutende Ueberreste des Gehörs hatten; je später die Kinder geboren waren, desto grösser waren die Ueberreste.

Das zweite Hauptsymptom der Taubstummheit, die Stummheit, welche in früherer Zeit gewöhnlich als das wesentlichste aufgefasst wurde, ist nur ein secundäres Phänomen und eine directe Folge der Taubheit. Indess sprechen theoretische Gründe dafür, dass die Stummheit gleichzeitig mit der Taubheit als Resultat des nämlichen Krankheitsprocesses entstehen kann, als sowohl angeborene wie erworbene Aphasie. (In einer Anmerkung erwähnt Mygind die interessante Möglichkeit, dass bei einem Kinde, welches schon an Aphasie leidet, ohne dass diese Abnormität constatirt war, weil das Kind noch ganz klein war, Taubheit auftreten kann.) Die Thatsache, dass nicht wenige Taubstumme trotz normaler Begabung und anhaltendem Unterrichte nie recht articuliren lernen, beruhe unzweifelhaft darauf, dass das Sprachcentrum gleichzeitig mit dem Gehörorgan afficirt sei.

Die Frage, bis zu welchem Grade das Gehör eines Kindes herabsinken muss, oder in welchem Zeitpunkte im Kindesalter die Herabsetzung des Gehörs stattfinden muss, damit die Stummheit sich einstelle, kann nicht bestimmt beantwortet werden; in dieser Beziehung können manchmal rein zufällige Momente entscheidend sein (äussere Verhältnisse, Sorge, welche die Umgebung des Kindes für die Entwicklung und Er-

Digitized by Google

haltung der Sprache trägt, individuelle Verhältnisse, indem einige Kinder leichter als andere die Sprache zu entwickeln und zu erhalten vermögen). So kann es kommen, dass Kinder mit verhältnissmässig geringen Ueberresten des Gehörs oder mit verhältnissmässig früh erworbener Taubheit eine relativ gute Sprachfertigkeit besitzen, Kinder dagegen mit bedeutenden Ueberresten des Gehörs oder spät erworbener Taubheit vollständig stumm sein können. Hartmann giebt an, dass Taubheit, die im 7. Lebensjahre auftritt, gewöhnlich eine secundäre Stummheit hervorruft.

Weiters erörtert nun Mygind andere Symptome und Phänomene, welche mit der Taubstummheit und ihren Krankheitsursachen in näherer oder fernerer Verbindung stehen, subjective Gehörsempfindungen, welche bei Taubstummen sehr häufig vorkommen sollen, Gleichgewichtsstörungen, welche sowohl während des ersten Auftretens der Taubheit, wie auch in der folgenden Zeit sich zeigen; er erwähnt das häufige Fehlen des Gefühls von Schwindel (James) und citirt ausführlich die Arbeiten von Kreidl und Pollak über Gleichgewichtsstörungen und über Fehlen des galvanischen Schwindels bei einem Procentsatz der Taubstummen, der ziemlich genau der Häufigkeit entspricht, mit welcher bei Sectionen von Taubstummen die Bogengänge fehlen oder vollständig zerstört waren.

Unter den Folgezuständen der Taubstummheit erwähnt Mygind vor Allem die mangelhafte geistige Entwicklung. — „Die Weltgeschichte kennt noch nicht den Namen eines Taubstummen". — Die von früheren Autoren behauptete mangelhafte Entwicklung des Kehlkopfes hat sich bei laryngoscopischen Untersuchungen nicht constatiren lassen; auch besteht keine mangelhafte Entwicklung der Lungen, wiewohl die Thatsache, dass Taubstumme häufig an Lungentuberculose sterben, auffallend häufig nachgewiesen ist, was wahrscheinlich durch schlechte hygienische Verhältnisse, in welchen die Taubstummen leben, verursacht wird. Dadurch dürfte auch das häufige Vorkommen von Scrophulose, die nachgewiesene grosse Sterblichkeit zu erklären sein. Sterilität, Linkshändigkeit, Herabsetzung der Muskelenergie wird von einzelnen Autoren erwähnt. Starke Entwicklung anderer Sinne, z. B. des Gesichtes, des Gefühls und Geruchs wird wiederholt angegeben.

Die bei Taubstummen gefundenen Abnormitäten und pathologischen Veränderungen des Ohres zeigen niemals für Taubstummheit characteristische Abnormitäten; die Ohren der Taubstummen sind zweifellos mehr vulnerabel als bei Vollsinnigen und die vorgefundenen Veränderungen sind meist auf catarrhalische Processe oder eitrige Entzündungen der Trommelhöhle zurückzuführen. Auffallend häufig finden sich in den Ohren Taubstummer fremde Körper.

Catarrhalische Nasen- und Rachenraumaffectionen sind bei Taubstummen häufig nachgewiesen, „ohne Zweifel in vielen Fällen mit der der Taubheit zu Grunde liegenden Ohrenkrankheit in intimer Verbindung stehend, einerseits als Eingangspforte für Krankheitserreger . . . andererseits können Catarrhe der genannten Regionen sich direct nach dem Ohre fortpflanzen und das zur Taubstummheit führende Ohrenleiden hervorrufen".

Einige Autoren erwähnen Abnormitäten des Schädels bei Taubstummen (Asymmetrie, Makro-, Mikro-, Oxy-, Hydrocephalie). Von Abnormitäten der Augen hebt Mygind besonders die Retinitis pigmentosa

Digitized by Google

hervor, die angeboren und erworben vorkommt. Liebreich fand unter 241 Taubstummen das Leiden in 5,8 pCt. der Fälle und wies nach, dass die Ret. pigm. in gewissen Familien gleichzeitig oder abwechselnd mit Taubstummheit auftritt, dass die Krankheit namentlich häufig bei Kindern aus consanguinen Ehen zu finden ist, besonders häufig unter Israeliten. — Ferner findet man bei Taubstummen bisweilen angeborene Missbildungen der Augen, sowie solche Augenleiden, welche erfahrungsgemäss mehrere der Krankheiten begleiten, welche die erworbene Taubstummheit hervorrufen, Zerstörung der lichtbrechenden Medien des Auges, Erkrankungen des Sehnerven und seiner Verbreitung im Auge, Panophthalmia und bei Syphilis Keratitis interstitialis.

Abnormitäten der Schilddrüse wurden bei Zöglingen aus schweizerischen Taubstummenanstalten auffallend häufig gefunden.

Paralysen und Paresen der Bewegungsnerven scheinen bei Taubstummen häufiger als bei Vollsinnigen vorzukommen, besonders häufig scheint des Nerv. facialis gelähmt zu sein, besonders bei Taubgewordenen. — Der bei Taubstummen nicht selten vorkommende Strabismus kann auf Lähmung einiger der Augenmuskeln beruhen.

Missbildungen, wie Hasenscharte, Wolfsrachen, Syndactylie wurden namentlich bei Taubgeborenen gefunden.

Die Angaben, wie häufig die Taubstummheit mit Idiotie vorkommt, variiren bedeutend (1,3—10 pCt.). Nach amerikanischen Statistiken sollen Taubstumme 4mal so häufig geisteskrank sein, als Vollsinnige, was in Verbindung stehen soll mit der isolirten Stellung, welche Taubstumme einnehmen und mit der Depression, welche der geistige Zustand auf Taubstumme ausübt.

Im letzten Capitel spricht Mygind über Diagnose, Prognose und Therapie der Taubstummheit. Bei Kindern wird erst dann von Taubstummheit die Rede sein, wenn die Kinder am Schlusse des ersten Lebensjahres stehen; Hartmann giebt nämlich an, dass einige Kinder im 1. Lebensjahre und sogar später entweder gar nicht, oder auch nur langsam auf Schalleindrücke reagiren, obgleich sich später herausstellt, dass sie im Vollbesitze des Gehöres sind.

Die Simulation von Taubstummheit, Verwechslung mit hysterischem Mutismus, die Frage der Entscheidung, ob die Taubstummheit angeboren oder erworben ist, wird kurz berührt.

Bei Besprechung der Prognose der Taubstummheit erwähnt Mygind die vielen Beispiele von Heilung der Taubheit, welche die Literatur seit Herodot bis auf die jüngste Zeit mittheilt, und citirt eine Reihe von Beispielen, aus denen hervorgeht, dass in einigen Fällen die der Taubstummheit zu Grunde liegende Taubheit beseitigt oder spontan so bedeutend gebessert werden kann, dass die secundäre Stummheit aufhört und dass das betreffende Individuum in den Stand gesetzt wird, sich mittels Gehör und Sprache mit der Aussenwelt in Verbindung zu setzen. „Es ist zu erwarten, dass die mehr und mehr sich entwickelnde Otologie die Anzahl der Fälle vergrössern wird, bei welchen die Taubheit beseitigt oder verbessert wird."

Die Frage, in welchen Fällen Behandlung indicirt ist, beantwortet Mygind dahin, dass in Fällen von Suppurationen im Mittelohr die Behandlung absolut indicirt sei, wegen der Gefahr der Eiterung und weil

Digitized by Google

durch die Behandlung in manchen Fällen der Hördefect verkleinert wird; ferner sei die Behandlung indicirt in Fällen, wo noch Ueberreste des Gehörs vorhanden sind und wo zugleich Zeichen catarrhalischer Zustände des Mittelohres nachgewiesen werden können, namentlich dann, wenn diese Zustände von Hypertrophie des adenoiden Gewebes im Nasenrachenraum begleitet sind. Ausführlichen Mittheilungen über die Resultate der Urbantschitsch'schen Behandlungsmethode „ist mit Interesse entgegenzusehen". Zur Behandlung der die Taubheit begleitenden Stummheit ist die deutsche Methode der französischen weit überlegen.

Besondere Aufmerksamkeit sei der Frage der Vorbeugung der Taubstummheit zu widmen, Verbesserung der socialen und hygienischen Verhältnisse, rationelle Behandlung der bei Kindern auftretenden Ohrenkrankheiten. „Die Otologie hat sich, wenn auch langsam, immer grössere Anerkennung innerhalb der ärztlichen Kreise erworben. Hoffentlich wird dies dadurch einen Einfluss auf die Vorbeugung der Taubstummheit ausüben können, dass die Aerzte im Allgemeinen sich eine andere Ansicht als die frühere von der Bedeutung und der Behandlung der Ohrenkrankheiten bilden werden."

In einem Anhange giebt Mygind eine Uebersicht über die in der Literatur vorliegenden Berichte über Sectionen Taubstummer (139, darunter auch früher nicht veröffentlichte Fälle), ferner ein ausführliches Literaturverzeichniss.

Das mit sehr grossem Fleisse ausgearbeitete, vorzüglich geschriebene Buch wird von Jedem, der sich mit der Frage der Taubstummheit beschäftigt, speciell von jedem Ohrenarzte mit grossem Interesse gelesen werden.

Druck und Ausstattung des Werkes sind ausgezeichnet und machen der Verlagsbuchhandlung alle Ehre. Dr. Kaufmann.

INHALT.

I. Originalien: Ostmann: Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen (Fortsetzung). — Koerner: Tuberculose des Schläfenbeins. Uebergang der Tuberculose auf die Basis des Schläfenlappens. — Gomperz: Ueber das Vorkommen von Lipomen in der Schleimhaut der Nasenhöhle. — II. Referate: Pharyngo-laryngologische: Thorner: Rheumatische Halsaffectionen. — Pollard: Retropharyngealabscess beim Kinde. — Casadesus: Ueber retropharyngeale Abscesse. — Palazzolo: Beitrag zum Studium der Mund- und Pharynxtuberculose mit besonderen Bemerkungen über ihr Entstehen. — Albespy: Sexualkrankheiten und Krankheiten der obersten Luftwege beim Weibe. — Hawkins-Ambler: Retropharyngealabscess, Operation. — Haslain: Ueber den Werth der Unterbindung der Arteriae linguales bei der Behandlung der malignen Zungentumoren. — Huber: Seltener Fall von Uvulitis. — Du Castel: Tuberculose der Zunge und des Gaumens. — Hélary: Ueber einen Fall von Abscess der Zungenbasis. — Piotrowsky: Zungenneurose. — Garel: Zwei Fälle von congenitaler Anomalie der vorderen Bogen des Gaumensegels. — Botey: Behandlung der Mandelhypertrophie mittelst Galvanocaustik. — Sciolla: Behandlung der acuten Amygdalitis mittelst Guajacol. — Ruault: Neue Methode der Eröffnung der Abscesse der Mandelumgebung. — Chantemesse und Marie: Falsches Myxoedem; Giftigkeit des Succus thyroideus. — Canter: Myxoedem durch frische Schafsschilddrüse, innerlich gereicht, geheilt. — Pellegrini: Ein Luftkropf. — de Santi: Eine Bemerkung über die Behandlung der tertiären Schlundgeschwüre mittelst topischer Anwendung von Cuprum sulfuricum. — Cherubino: Rohrzucker im Urin von an Keuchhusten erkrankten Kindern. — Gay: Diphtherische Lähmung, Allocheiria. — Ficano: Hysterisches Stummsein durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt. — Collet: Ueber Stimmbandzittern. Rolle des Kleinhirns bei Sprach- und Stimmstörungen. — Compaired: Zwei Fälle von catamenialer Larynxblutung. — Smith: Ueber den Verlauf des Nervus laryngeus inferior. — Poyet: Ueberanstrengung des Larynx. — Swain: Larynxtumor. — Semon: Ueber die angeblich besondere Neigung gutartiger laryngealer Geschwülste, nach intralaryngealen Operationen eine bösartige Veränderung zu erleiden. — III. Kritik: Mygind: Taubstummheit.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Hierzu eine Tafel.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, October 1894. No. 10.

I. Originalien.

Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen.

Nach einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg gehaltenen Vortrage

von

Dr. **Ostmann**

Stabsarzt und Privatdocent in Königsberg.

(Schluss zu No. 9.)

Anhang.

A. Mit Exostosen behaftete Peruaner-Schädel*).

I. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Berlin.

1) Schädel ex sepulcro Truxillo (No. 7353 des Sammlungs-Cataloges). „Mittelschwerer, vorn an der Oberfläche stark verwitterter, hinten glatter, grauweisser Schädel. Die Gegend der kleinen Fontanelle ist in grosser Ausdehnung von hinten nach vorn eingedrückt. Die Lambdoidalnaht

*) Die allgemeinen Angaben über die Schädel sind den Sammlungs-Catalogen entnommen und durch Gänsefüsschen kenntlich gemacht.

Digitized by Google

und die Sagittalnaht sind in grosser Ausdehnung synostotisch. Der äussere Gehörgang erscheint ziemlich stark von vorn nach hinten plattgedrückt."

Längen-Breitenindex $\frac{100.151}{152} = 99{,}3$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

In beiden äusseren knöchernen Gehörgängen finden sich Exostosen, und zwar rechts stärker als links.

Rechts. Der hintere, nach innen umgebogene Rand des Os tympanicum ist wulstig verdickt. Die Verdickung springt kammartig gegen das Lumen vor. Die vordere Gehörgangswand trägt eine flache, halbkugelige, breit aufsitzende Periostose, ähnlich wie die untere Wand, während in der Tiefe des Gehörganges, von dem oberen vorderen, etwas eingerollten Rande des Os tympanicum zwei kleine, knopfförmige Exostosen in das Gehörgangslumen hineinragen. Sämmtliche Exostosen gehen von dem Os tympanicum aus und verengen das Lumen des Meat. aud. externus bis auf wenige Millimeter Breite. (Cfr. Abbildung 1.)

Der linke Gehörgang zeigt genau an denselben Stellen gleichartige Knochenwucherungen, nur sind dieselben nicht so stark entwickelt und in Folge dessen das Gehörgangslumen auch etwas weiter. Die vordere Gehörgangswand ist links bis $2^1/_4$, rechts bis 3 Mm. dick.

2) Schädel No. 26215 des Sammlungs-Catalogs.

„Schwerer, stark verunstalteter und unsymmetrischer Schädel. Rechte obere Stirnhälfte und rechtes Os parietale sehr viel abgeflachter, als die linken. Norma verticalis kurz und breit. Sutura occipitalis transversa fast völlig verknöchert."

Längen-Breitenindex $\frac{100.151}{173} = 87{,}2$. (Künstl. Hyperbrachycephalie).

Der vornehmlich rechtsseitigen Abflachung der oberen Stirnhälfte und des rechten Os parietale entspricht eine vornehmlich linksseitige Abflachung des Hinterhaupt- und Seitenwandbeins, welche nach vorn und rechts fortgedrängt erscheinen.

Exostosenbildung findet sich nur im linken äusseren Gehörgang, wo von dem hinteren Rande des Os tympanicum eine breit aufsitzende, circa 3 Mm. hohe Exostose mit geriffter Oberfläche ausgeht, welche das Gehörgangslumen schlitzförmig verengt.

Der rechte Gehörgang ist gleichfalls schlitzförmig. Seine lichte Höhe, an der äusseren Oeffnung gemessen, beträgt 8 Mm., seine Breite ebenda $2^1/_4$ Mm., somit H : B annähernd wie 4 : 1.

3) Schädel aus dem Gräberfeld von Ancon. (No. 26222 des Sammlungs-Catalogs.)

Geringe Abplattung der Hinterhauptsschuppe und der angrenzenden Theile der Seitenwandbeine. „Flache Glabella. Sut. sagittal. lambd. und mittlerer Theil der Coronal. obliterirt. Im Bereich der Bregmen eine flache, über die Kranznaht auf die Stirn herabtretende Exostose."

Längen-Breitenindex $\frac{100.148{,}5}{168} = 88{,}4$. (Künstliche Hyperbrachycephalie.)

Links von der vorderen Gehörgangswand ausgehend eine breit aufsitzende, flache Exostose mit glatter Oberfläche. Rechter Gehörgang frei.

4) Schädel aus dem Gräberfeld von Ancon. (No. 26224 des Sammlungs-Catalogs.)

Digitized by Google

„Der Schädel ist mit der dichte, schwarzbraune Haare tragenden Kopfhaut bedeckt. In beiden äusseren Ohröffnungen mehrere kleine pilzförmige Exostosen."

Längen-Breitenindex $\frac{100.146}{165} = 88{,}5$. (Hyperbrachycephalie.)

Soweit durch den dichten Haarwuchs eine Beurtheilung möglich ist, scheint der oberste Theil der Hinterhauptsschuppe, sowie die angrenzenden Theile der Seitenwandbeine etwas abgeplattet.

In beiden äusseren Gehörgängen findet sich Exostosenbildung.

Links an der vorderen Wand eine breit aufsitzende, leistenförmige Periostose von circa 2 Mm. Höhe (cfr. Abbildung 2). Der vordere Rand des Os tympanicum ist knollig verdickt und von dem hinteren Rand ragen zwei gestielte, pilzartige Exostosen in das Gehörgangslumen hinein, von denen die eine $2^1/_2$ Mm, die andere etwa $1^1/_2$ Mm. hoch ist. Das Gehörgangslumen zeigt eine ganz unregelmässige Gestalt und ist erheblich verengt.

Im rechten Gehörgang finden sich drei, z. Th. mit einander verschmolzene, halbkugelige Exostosen von etwa $2^1/_2$ Mm. Höhe. Ihre Oberfläche ist fast glatt. Unter diesen, jedoch mehr nach der Paukenhöhle zu gelegen, eine weitere, etwa gleich hohe, breit aufsitzende Periostose. Hintere Wand weist gleichfalls eine solche auf mit unregelmässig höckeriger und geriffter Oberfläche. Das Gehörgangslumen ist schlitzförmig verengt. Sämmtliche Knochenwucherungen gehen vom Os tympanicum aus.

II. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Halle.

5) Der Schädel ist bezeichnet: Ancient Peruvian; from a Huaca (i. e. an ancient burial place near to Callao; Peru ♂) No. 169 der Sammlung.

Der Schädel ist mit der Kopfschwarte und reichlichen strähnigen Haaren bedeckt; es lässt sich daher auch eine event. bestehende künstliche Deformität nur schwer erkennen. Es ist ein kleiner, rundlicher Schädel, welcher eine geringe Abplattung der Hinterhauptsschuppe erfahren zu haben scheint. Eine auffallende künstliche Deformität besteht jedenfalls nicht.

Der linke knöcherne Gehörgang ist mittelweit, von länglich rundlicher Gestalt; die vordere Gehörgangswand im Allgemeinen dick, hyperostotisch.

Rechts an der vorderen Gehörgangswand wallartige Erhebung von etwa $2-2^1/_2$ Mm. Höhe, welche von unten aussen nach innen oben zieht und nach der Paukenhöhle etwas schmaler und höher wird, sowie kammartige Verdickung von etwa $1^1/_2$ Mm. Breite und 2 Mm. Höhe des vorderen Randes des Os tympanicum. Zwischen beiden Exostosen bleibt ein feiner, schmaler Spalt.

An der hinteren Wand finden sich zwei weitere, wulstige, parallel verlaufende Knochenerhebungen von geringer Höhe. Auch die untere Wand zeigt eine geringe, wallartige Verdickung des Knochens. Sämmtliche Knochenwucherungen gehen vom Os tympanicum aus. Das Gehörgangslumen ist im innersten Abschnitt hochgradig verengt.

6) Der Schädel ist bezeichnet: „Ancient Peruvian; from a Huaca i. e. an ancient burial place near to Callao, Peru ♂. Obtained by Hutchinson. Davis to Welker. No. 168 der Schädelsammlung.

Digitized by Google

Die gleichen Ursachen wie bei dem ersteren Schädel lassen eine ev. bestehende Deformität nicht mit Sicherheit erkennen. Jedenfalls besteht aber keine erhebliche künstliche Umformung. Der Schädel erscheint wie der vorstehende klein und rundlich und scheint eine geringe Abplattung der Hinterhauptsschuppe erfahren zu haben.

In beiden Gehörgängen findet sich Exostosenbildung.

Links am Eingange des knöchernen Gehörganges von dem hinteren oberen Rande des Os tympanicum entspringend eine warzenförmige, gut erbsengrosse Exostose, deren Oberfläche höckerig ist, und welche sich nach innen oben, dem Rande des Os tympanicum folgend, in eine breite, leistenförmige Erhebung fortsetzt. Der vordere obere, etwas eingerollte Rand des Os tympanicum ist knopfartig verdickt. (Abbildung 3. Die Verdickung des oberen Randes tritt auf der Photographie nicht deutlich hervor.) Das ʔ förmige Gehörgangslumen ist schlitzförmig verengt. Während des Lebens dürfte der Gehörgang ganz geschlossen gewesen sein.

Rechts findet sich an derselben Stelle der hinteren Gehörgangswand wie links eine zitzenförmige, etwa 3 Mm. hohe, breit aufsitzende Exostose mit leicht geriffter Oberfläche, welche im Verein mit knopfartiger Verdickung des vorderen oberen Randes des Os tympanicum dem Gehörgang eine ausgesprochen **S** förmige Gestalt verleiht und denselben erheblich verengt.

Die vorderen Gehörgangswände erscheinen beiderseits im Ganzen massig.

III. Aus der craniologischen Sammlung des Herrn Professor E. Schmidt zu Leipzig.

7) Der Schädel ist bezeichnet: „Cranium ♂ adult. — Sign. Ancon 6. 28. — Aus einem Brunnengrabe bei Ancon. Gesicht und besonders Stirn stark zurückliegend, als ob der Schädel nach hinten zurückgedrängt wäre.“ (No. A. 11 bezw. 975 des Catalogs der craniolog. Sammlung.)

Längen-Breitenindex $\frac{100.151}{166} = 91{,}0$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

Rechts entspringt von dem äussersten Ende des hinteren Randes des Os tympanicum eine kleine, linsengrosse Exostose, welche auch in dem Catalog angeführt wird. Der linke Gehörgang ist frei.

8) Der Schädel ist bezeichnet: A 22. (No. 986 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Cranium ♂ ad.-mat. — Sign. Ancon 6. 39. Aus einem Brunnengrabe bei Ancon. Gesicht und besonders Stirn zurückliegend. Hinterhaupt von links her etwas abgeflacht.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.149}{163} = 91{,}4$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

Die äussere Oeffnung des rechten Gehörganges wird durch zwei Exostosen, von denen die eine von dem hinteren, die andere von dem vorderen Rande des Os tympanicum ausgeht, in zwei ungleich weite Canäle getheilt. Die erstere gleicht einem Pilz mit kurzem, dicken Stiel, während die letztere eine klein erbsengrosse, länglich rundliche Gestalt hat. Beide Exostosen, welche sich entgegengewachsen sind, nähern sich bis auf eine Entfernung von etwa $^1/_2$ Mm. (Cfr. Abbildung 5.)

9) Der Schädel ist bezeichnet: A. 24. (No. 988 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Cranium ♂ ad.-mat. Aus einem Brunnengrabe bei Ancon. Kräftiger Schädel; Nasenrücken hochgewölbt; im

Digitized by Google

Profil kräftig vortretend. Stirn breit und flach, zurückliegend, etwas von links, Hinterhaupt stärker von rechts her abgeflacht; letzteres steil abfallend."

Längen-Breitenindex $\frac{100.157}{159} = 98{,}7$. (Künstl. Hyperbrachycephalie stärksten Grades.)

Betrachtet man den Schädel von hinten und etwas seitlich, so sieht man namentlich rechterseits eine besonders deutlich ausgeprägte Rinne oberhalb des Processus mast. entlang ziehen.

Der rechte äussere Gehörgang war durch einen Wollpfropf verstopft, es konnte somit nur der linke untersucht werden. Dieser ist sehr stark verengt durch knollige Verdickungen des hinteren, dem Proc. mastoid. anliegenden Randes des Os tympanicum neben allgemeiner, beträchtlicher Verdickung der vorderen Gehörgangswand.

10) Der Schädel ist bezeichnet: A 26. (No. 990 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Cranium ♂ mat. Aus einem Steingrabe von Ancon. Stirn breit und flach, von rechts her stark abgeflacht, Scheitel rechts etwas weniger abgeflacht. Hinterhaupt steil abfallend, von links ziemlich stark abgeflacht. In beiden äusseren Gehörgängen springt an der hinteren Wand rechts ein höherer, links ein flacherer Längswulst vor."

Längen-Breitenindex $\frac{100.156}{159} = 98{,}1$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

In beiden Gehörgängen springt der verdickte, hintere Rand des Os tympanicum als ein Längswulst gegen das Gehörgangslumen vor. Seine Höhe beträgt rechts etwa 2 Mm., links etwas weniger. Diese Knochenwülste erstrecken sich beiderseits bis in die Höhe des Annulus tympan. und bedingen **S**förmige Gestalt des Gehörgangslumens.

11) Der Schädel ist bezeichnet: A. 54. (No. 1018 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Calvarium ♂ ad-mat. Aus einem Steingrabe bei Chancay. pp. Planum hoch; Scheitelhöckergegend stark gewölbt, Hinterhaupt steil abfallend, flach, etwas mehr von links her abgeplattet. An der hinteren Wand des linken, äusseren Gehörganges eine linsengrosse, an der gleichen Stelle des rechten eine erbsengrosse, den Gang fast verstopfende Exostose."

Längen-Breitenindex $\frac{100.155}{158} = 98{,}1$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

Die breitgestielten Exostosen gehen beiderseits von dem hinteren Rande des Os tympanicum aus und sind, wie vorstehend beschrieben, linsen- bis erbsengrosse Knochentumoren mit unregelmässig höckeriger Oberfläche. (Cfr. Abbildung 4.) Das Gehörgangslumen ist, wie die Abbildung zeigt, rechts nahezu völlig von der Exostose ausgefüllt. Gleichzeitig ist namentlich rechts der vordere Rand des Os tympanicum bis in die Nähe des Annulus tympanicus durch unregelmässige Knochenanlagerung wulstig verdickt.

Im Leben dürften beide Gehörgänge völlig geschlossen gewesen sein.

12) Der Schädel ist bezeichnet: A. 46. (No. 1010 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Calvarium ♂ matur. Aus einem Steingrabe bei Chancay. pp. Stirn zurückliegend, unten von links, oben von rechts her abgeflacht, Hinterhaupt desgleichen von rechts und unten. Nähte des Schädeldaches fast spurlos obliterirt. Im rechten Gehörgang

Digitized by Google

springt von der vorderen Wand eine halblinsengrosse, von der hinteren Wand eine stecknadelknopfgrosse Exostose vor."

Längen-Breitenindex $\frac{100.152}{184} = 82{,}6.$ (Brachycephalie.)

Die Exostose entspringt vom vorderen, etwas eingerollten Rande des Os tympanicum in der Nähe der äusseren Gehörgangsöffnung. Im linken Gehörgang findet sich an derselben Stelle eine ähnliche, aber kleinere Exostose, unter welcher an der vorderen Gehörgangswand eine wulstige Knochenleiste bis in die Nähe des Annulus tympanicus hinläuft.

B. Mit Exostosen behaftete anderweitige Schädel.

I. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Berlin.

13) Mexicaner-Schädel (No. 21647 des Catalogs der Sammlung).

„Colossal schwerer Schädel von leicht gelblichem Aussehen. Die Lambdoidalnaht und die Pfeilnaht, sowie die Coronarnaht an der Facies temporalis sind fast vollständig synostotisch. Stirn stark zurücktretend. Nasenbeine vollständig synostotisch."

Längen-Breitenindex $\frac{100.138}{178} = 77{,}5.$ (Mesocephalie.)

Eine künstliche Deformirung ist nicht erkennbar.

In beiden äusseren Gehörgängen finden sich, von dem hinteren Rande des Os tympanicum ausgehend, breit aufsitzende, leistenartige Exostosen. Ihre Höhe beträgt 2 — 2½ Mm., die Breite gegen 4 Mm., die Länge etwa 6—8 Mm.

Im rechten äusseren Gehörgange findet sich ausserdem an der vorderen Wand dicht vor dem Annulus tympanicus eine bucklige Knochenerhebung von etwa 2 Mm. Höhe, an die sich nach oben zu noch eine weitere, stecknadelknopfgrosse Exostose des Randes anschliesst. (Cfr. Abbildung 6.)

II. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Halle a. S.

14) Schädel von der Ostküste der Insel Oahu, woselbst er im Flugsande gefunden wurde.

Länglich gebauter Schädel ohne erkennbare künstliche Deformität.

Der hintere Rand des Os tympanicum zeigt beiderseits knollige Verdickungen von etwa 2½ Mm. Höhe und leicht höckerige Oberfläche. An der vorderen Wand sitzt ein wenig höher eine etwas schmalere, leistenförmige Knochenerhebung, welche bis zum Annulus tympanicus sich verfolgen lässt (Periostose). Das Gehörgangslumen ist beiderseits erheblich verengt und besteht in einer, oberhalb der Exostosen gelegenen, kaum erbsengrossen, unregelmässigen Oeffnung.

III. Aus der craniologischen Sammlung des Herrn Professor E. Schmidt.

15) Schädel eines Sandwich-Insulaners; Kanaka. (No. 949 des Catalogs.) „Cranium ♂ adulto-mat."

Längen-Breitenindex $\frac{100.145}{185} = 78{,}4.$ (Mesocephalie.)

„In beiden Meatus audit. ext. kugelig wulstige, von oben herabhängende Knochentumoren von 3—4 Mm. Durchmesser." Dieselben entspringen von dem vorderen, etwas eingerollten Rande des Os tymp.

Digitized by Google

16) Schädel eines Alt-Aegypters von Philae. (No. 747 des Catalogs.) „Calvarium ♂ ad.-mat. In beiden äusseren Gehörgängen von hinten und unten vorspringende, runde, glatte, linsengrosse Tumoren."

Längen-Breitenindex $\frac{100.142}{183} = 76{,}7$. (Mesocephalie.)

Die Exostosen des linken äusseren Gehörganges, welchen ich allein untersuchen konnte entspringen von dem hinteren Rande des Os tympanicum und vereinigen sich zu einer leistenförmigen Erhebung dieses Randes von etwa 3½ Mm. Höhe und Breite und 1 Ctm. Länge; die Exostosenbildung reicht somit bis tief in den knöchernen Gehörgang hinein.

* * *

Es wurden gefunden bei 12 Peruaner-Schädeln:

3 Mal rechtsseitige
2 „ linksseitige } Exostosen.
7 „ doppelseitige

Alle bei den übrigen Schädeln gefundenen Exostosen waren doppelseitig, da nach Angabe des bezüglichen Sammlungs-Catalogs auch an dem altägyptischen Schädel von Philae doppelseitige Exostosen bestanden.

Ueber einen Musculus thyreoideus transversus.

Von

Dr. **H. Neumayer,**

Assistent an der medicinischen Poliklinik in München.

Unter Musculus thyreoideus transversus versteht man jene Muskelbildungen an der Aussenfläche des Kehlkopfes, welche vom unteren Rande des Schildknorpels nach innen von der Fixationsstelle des Musculus cricothyreoideus ihren Ursprung nehmen und an demselben Knorpel ein zweites Punctum fixum finden.

Von den Autoren sind zwei Formen dieses Muskels angegeben worden, nämlich ein paariger und ein unpaariger Muskel. Letztere Form, welche die seltenere ist, wurde zuerst von Eschricht[1]) bei einer langarmigen Affenart (Hylobates albifrons) gefunden. In diesem Falle verlief ein Muskelbündel quer vor dem Ligamentum cricothyreoideum medium und fand seine Befestigung beiderseits am unteren Schildknorpelrande medianwärts von den Ansatzpunkten der Musc. cricothyreoidei.

Einen ähnlichen Muskel beschreibt W. Gruber[2]) in einem Falle beim Menschen. Hier verlief derselbe über das obere Ende der beiden Musc. cricothyreoidei recti, nach abwärts einen leicht convexen Bogen beschreibend, und fand sein Punctum fixum wie im vorher geschilderten Falle beiderseits am Processus marginalis des Schildknorpels. Ausserdem hatte dieser Muskel auch einen Zusammenhang mit dem Ligamentum conicum.

Die paarige Form wurde von Luschka[3]) und W. Gruber zuerst beschrieben und als eine rudimentäre Bildung der ersteren Form aufgefasst.

Der M. thyreoideus transversus entspringt beiderseits vom Pro-

Digitized by Google

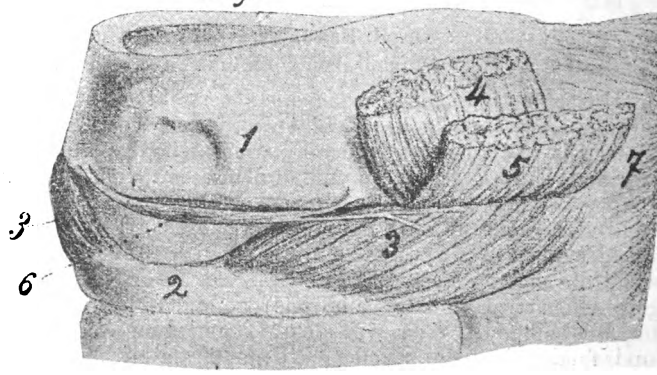
cessus marginalis des Schildknorpels. Die beiden kleinen Muskelbündel verlaufen convergirend nach oben und innen zur Incisura cartilaginis thyreoideae inferior, um hier selbst zu inseriren. Gruber gab wegen der schrägen Verlaufsrichtung dem Muskel auch die Bezeichnung Musc. thyreoideus obliquus.

W. Gruber fand den M. thyreoideus in 3,75 pCt. der untersuchten Fälle und Fürbringer[4]) sogar in 6 pCt. Sehr häufig fehlte aber die eine Hälfte des Muskels.

Gelegentlich der Präparation des Larynx von verschiedenen Thierspecies begegnete ich beim Rinde wiederholt einem Muskel, der mit dem von Eschricht und Gruber beschriebenen M. thyreoideus transversus impar identisch zu sein scheint. In den folgenden Zeilen will ich diesen Muskel etwas specieller beschreiben.

Nach Freilegung der Musculi cricothyreoidei und nach Entfernung des auf dem Lig. conicum liegenden fettreichen Bindegewebes zeigte sich in dem ersten Falle ein schmales, quer über das Lig. conicum verlaufendes Muskelbündel, welches nach beiden Seiten zu sich verjüngend, in je eine dünne Sehne überging, die an dem Processus marginalis der betreffenden Seite ihren Ansatzpunkt hatte. Von der einen Sehne zweigte sich, bevor sie den Proc. marginalis erreichte, ein Bündel ab, welches sich theils in die Sehne, theils in die Muskelsubstanz des M. cricothyreoideus einsenkte (s. Figur I).

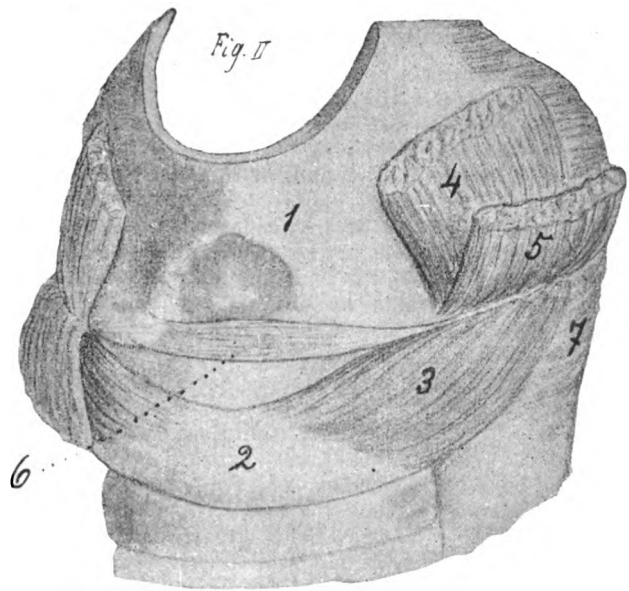
Fig. I



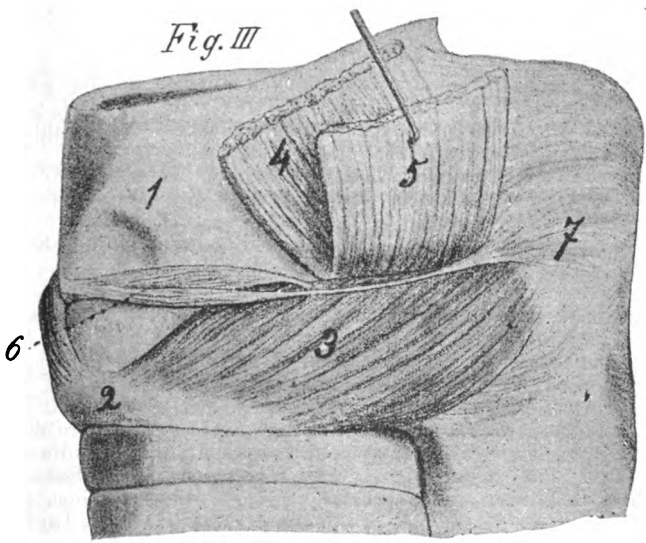
Bei einem zweiten Präparate fand sich ein viel stärkerer, ungefähr 30 Mm. langer und 6 Mm. breiter Muskel vor, der ebenfalls quer über das Lig. conicum verlief. Die eine Sehne war aber in diesem Falle kürzer, indem sie nicht bis zum Ansatzpunkte des M. cricothyreoideus reichte, sondern schon früher am unteren Schildknorpelrande inserirte, während die andere Sehne sich zum Theil nach innen vom M. cricothyreoideus fortsetzte, zum Theil eine Vereinigung mit der Sehne dieses Muskels einging (s. Figur II).

In dem dritten Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, verliefen zwei leicht trennbare Muskelbündel neben einander. Das eine Bündel, welches über dem zweiten verlief, zeigte dieselben Ansatzpunkte seiner beiden Sehnen am Schildknorpel, wie in dem ersten angeführten

Digitized by Google



Falle. Von den beiden Sehnen des zweiten unteren Muskels vereinigte sich die eine mit der gleichseitigen des oberen Muskelbündels, während die andere über die Ansatzstelle des M. cricothyreoideus am unteren Schildknorpelrande hin verlief und dann in ein kurzes Muskelbündel überging, welches mit dem Constrictor pharyngis (M. laryngo-pharyngeus) verschmolz (s. Figur III).



Digitized by Google

Seine Nerven bezieht der M. thyreoideus transversus vom Laryngeus superior, und zwar von dessen äusserem Aste, der dem M. cricothyreoideus motorische Fasern zuführt. Es stimmt diese Beobachtung mit der beim Menschen gemachten überein.

Was die Häufigkeit des Vorkommens dieses Muskels beim Rinde anlangt, so konnte ich ihn bei 10 pCt. der untersuchten Kehlköpfe constatiren.

Die paarige Form, den M. thyreoideus obliquus Gruber's, konnte ich niemals beobachten.

Eschricht, welcher in dem M. thyreoideus transversus einen selbstständigen Muskel sieht, äussert sich über dessen Function in dem Sinne, dass derselbe die Aufgabe habe, die beiden Schildknorpelplatten einander zu nähern, so dass der durch dieselben gebildete Winkel ein spitzerer werde und auf diese Weise eine Entfernung des Ansatzpunktes der Stimmbänder am Schildknorpel von den Aryknorpeln zu Stande komme. Es würde somit dieser Muskel zur Spannung der Stimmbänder beitragen. Gegen die Ansicht, dass der M. thyreoideus transversus impar ein selbstständiger Muskel sei, sprechen die in den geschilderten Fällen angeführten Verbindungen, welche dieser Muskel mit dem M. cricothyreoideus und laryngo-pharyngeus eingeht. Dieselben lassen die Annahme zu, dass der M. thyreoideus transversus in enger genetischer Beziehung zu diesen zwei Muskeln steht und nur als ein Theil derselben aufzufassen ist.

Des Weiteren erachte ich es für sehr unwahrscheinlich, dass die Function des Muskels darin bestehen soll, die festvereinigten (♏) Schildknorpelplatten einander zu nähern. Aus der Vereinigung des M. thyreoideus transversus mit dem M. laryngo-pharyngeus lässt sich vielmehr annehmen, dass der M. thyreoideus transversus ein Residuum eines Muskelringes sei, der Schlund- und Kehlkopf gemeinsam umgab, und welche Bildung von Henle[5]) bei niederer stehenden Thieren als Constrictor laryngis beschrieben wurde*).

Literatur:

1) Eschricht: Beschreibung einiger neuer Muskeln am Kehlkopfe eines langarmigen Affen (Hylobates albifrons). Müller's Archiv 1834, pag. 218.

2) W. Gruber: Neuer, anomaler Kehlkopfmuskel. Med. Jahrbücher d. k. k. österr. Staates 1845, pag. 128.

3) H. Luschka: Der Kehlkopf des Menschen. Tübingen 1871.

4) M. Fürbringer: Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopfmusculatur. Diss. Jena 1875.

5) J. Henle: Vergleichende anatomische Beschreibung des Kehlkopfes. Leipzig 1839.

---

*) Wenn man auch zugeben muss, dass, wie auch J. Rückert schon nachgewiesen hat, bei manchen Säugethieren an der Schlund- und Kehlkopfgegend thatsächlich ein Ringmuskel vorhanden ist und die Deutung der beschriebenen Muskelvarietät viel Wahrscheinlichkeit für sich hat, so darf doch nicht übersehen werden, dass bei den höheren Thieren und dem Menschen eine gegenseitige Annäherung und Entfernung der beiden Hälften des Schildknorpels in Folge der median eingeschalteten Lamina intermedia desselben stattfinden kann. Die gegenseitige Verschiebung der beiden Schildknorpelhälften ist beim Menschen um so grösser, je jünger die Individuen sind.

Die Redaction.

Digitized by Google

Erklärung der Holzschnitte.

1. Cartilago thyreoidea.
2. Cartilago cricoidea.
3. Musculus cricothyreoideus.
4. M. thyreohyoideus.
5. M. sternothyreoideus nach oben geschlagen.
6. M. thyreoideus transversus impar.
7. M. laryngo-pharyngeus.

Nochmals: Der Nasenstein — ein Bacterienproduct.

Von

Dr. **Gerber.**

Im Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie etc. lese ich soeben ein Autoreferat von Moure: „Sur un cas de rhinolithe", in welchem es heisst: „Die microscopische Untersuchung ergab im Innern des Steines zahlreiche Microben, so dass anzunehmen ist, dass der Leptothrix überhaupt die Ursache der ganzen Steinbildung war."

Ich begrüsse diese Beobachtung als die erste Bestätigung eines von mir bereits 1892 erhobenen Befundes bei einem Fall, den ich in No. 51 der Deutschen medic. Wochenschrift jenes Jahrg. mitgetheilt habe und von dem Moure wohl nicht Kenntniss genommen hat. Da der Aufsatz zufällig auch weder im Centralblatt noch in dieser Monatsschrift referirt worden ist, so benutze ich die Gelegenheit, noch einmal auf unsern Befund hinzuweisen, der der erste dieser Art gewesen zu sein scheint, — und ferner, die Herren Collegen für die Zukunft um microscopische Untersuchung der ja immerhin seltenen Fälle von Nasenstein zu bitten. Denn es handelt sich nun um die Entscheidung der Frage, ob es die Ausnahme oder die Regel ist, dass Microben sich an der Nasensteinbildung betheiligen, oder besser, ob sie bei diesem Process ein ursächliches oder ein nebensächliches Moment darstellen. Da — soweit mir die Literatur zugängig war — eine microscopische Untersuchung nur in meinem und dem von Moure mitgetheilten Falle stattgefunden hat, sonst wenigstens nicht veröffentlicht worden ist, und nun übereinstimmend in diesen beiden Fällen Microben als Hauptbestandtheile der Steine nachgewiesen werden konnten, so ist meine schon damals ausgesprochene Ansicht eben die, dass Microben den regelmässigen und wesentlichen Bestandtheil der Nasensteine ausmachen und gleichsam als Causa efficiens —, Nasenschleim, Blutcoagula oder Fremdkörper aber als Causa movens anzusehen sind. Dieser Schluss war meiner Meinung nach schon a priori durch die Analogie mit andern verwandten Bildungen gegeben, wie er denn auch die Muthmaassung einiger weniger Forscher bildete.

Moure nun in seiner neuesten Publication geht weiter und meint, dass in seinem Falle der Leptothrix speciell die Ursache der ganzen Steinbildung war. Auch in meinem Falle erinnerten die Bacterienhaufen morphologisch — eine Färbung war nicht mehr möglich — an Leptothrix, wie auch ausdrücklich erwähnt. Aber es sind damals auch zugleich die Gründe von mir angegeben worden, aus welchen diesem weiteren Schlusse gegenüber Vorsicht geboten erschien: „Denn erstens ist dieser Nachweis

Digitized by Google

nicht erbracht — der Versuch einer Jodfärbung misslang auch. Zweitens waren in den Präparaten Coccenhaufen und andere Bacterien reichlich zu sehen. Drittens ist auch bei den 30 Coccen- und 26 Bacterienarten, die Rohrer bei der fötiden Rhinitis fand — und eine solche wird durch jeden länger in der Nase verweilenden Fremdkörper stets hervorgerufen — von vornherein die Annahme wahrscheinlicher, dass sich auch beim Bau der Concremente die verschiedensten Microben — sei es nun activ als Baumeister wie der Leptothrix, oder passiv als Baumaterial wie andere Bacterien — betheiligen werden. Schliesslich stimmt auch die chemische Analyse unseres Steins, die bei Leptothrixconcrementen lediglich kohlensauren Kalk ergeben soll, nicht mit dieser Annahme.

In dieser Hinsicht brachte auch die sehr fleissige und interessante Dissertationsarbeit von Seeligmann[1]), die mir bald nach Erscheinen meiner Mittheilung zuging, keinen weiteren Aufschluss. Denn weder in den beiden neu mitgetheilten Fällen noch bei Erwähnung früherer Arbeiten ist von einer microscopischen Untersuchung der Steine die Rede. Und doch bringt Seeligmann ein Literaturverzeichniss von 108 Nummern. Man scheint bisher die Steine ausschliesslich einer chemischen Analyse unterzogen zu haben. Den Gedanken, dass Microben bei der Nasensteinbildung im Spiel sein könnten, hat meines Wissens zuerst Czarda[2]) im Jahre 1884 ausgesprochen; ihm schloss sich Ruault[3]) an. Wollen wir uns in diesem Punkte grössere Klarheit verschaffen, so muss jeder Stein fortan auch microscopisch untersucht und der Befund zur Kenntniss gebracht werden. Denn selten müssen diese Vorkommnisse wohl sein, wenn Forscher wie Voltolini und Mackenzie die vorliegende Casuistik nur um 1 oder 2 neue Fälle bereichern konnten.

Hinsichtlich des Alters, in dem diese Affection beobachtet wird, ersehe ich aus Seeligmann, dass Kohts das Vorkommen von Nasensteinen bei Kindern in Abrede stellt. Seeligmann führt schon hiergegen sieben sichere Fälle aus der Literatur an. Mein Fall wäre der achte, denn er betraf einen siebenjährigen Knaben.

Dem von Seeligmann zusammengestellten, bis zum Jahre 1890 wohl ziemlich vollständigen Literaturverzeichniss füge ich — zur Erleichterung für spätere Bearbeiter dieses Thema's — folgende neueren Arbeiten hinzu:

1) N. Falkiner: Rhinolith.
(Brit. med. Journ., 7. März 1891.)
2) R. Otto (Dorpat): Zur Casuistik der Steinbildung innerhalb der Nasenhöhle.
(Petersb. med. Wochenschr. No. 47, 1891.)
3) W. A. Dunn: Special cases in rhinology.
(Clinique, 15. December 1891.)
4) Berlioz: Le ameude 4 rhinolithes.
(Archives internat. de laryng., Mai/Juni 1891.)
5) Reintjes: Een Rhinolith.
(Weekbl. vor Geneesk. No. 2, Juli 1892.)

---

[1]) Max Seeligmann: Ueber Nasensteine, im Anschluss an zwei neue Fälle. (Inaugural-Dissertation der Universität Heidelberg. Karlsruhe 1892.)
[2]) Des corps étrangers du nez. (Gaz. méd. de Paris No. 49 ff., 1884.)
[3]) Session annuelle de la Société française d'otologie et de laryngol. 1890.

Digitized by Google

6) Price-Brown: Rhinoliths.
(Canadien Practitioner, 1. October 1892.)
7) Kuhn: Ein Fall von Rhinolithenbildung.
(Deutsche med. Wochenschr. No. 43, 1892.)
8) Gerber: Zur Kenntniss der Nasensteine.
(Deutsche med. Wochenschr. No. 51, 1892.)
9) H. N. Lyon: Rhinoliths.
(Clinique, 17. Februar 1892.)
10) Moure: Sur un cas de rhinolithe.
(Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, August 1893.)
11) Moure: Ueber einen Fall von spontan gebildetem Rhinolithen.
(Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. No. 8 und 9, 1893.)

Der erste publicirte Fall einer Pharyngitis phlegmonosa acuta, durch eine Meningitis purulenta complicirt[1].

Von

Stanislaus von Stein,

Privatdocenten an der Universität Moskau.

Historia morbi No. 5797 aus der Jauski'schen Abtheilung des Arbeiterkrankenhauses der Stadt Moskau.

Dmitry Iwanow, Steinhauer, 32 Jahre alt.

Aufgenommen am 13. October 1885.

Gestorben am 22. October 1885.

Diagnosis clinica: Tonsillitis phlegmonosa dextra.

Anamnesis: Seit circa einer Woche fühlte sich Pat. unwohl und verspürte beim Schlucken Schmerzen. Er klagte auch über Frostanfälle.

Status praesens. Mittelmässig gebauter Mann im vollen Bewusstsein. Stimme nicht belegt. Bei der Inspection des Pharynx bei schwer geöffnetem Munde sieht man rechts oben an der Grenze des harten und weichen Gaumens eine ziemlich grosse, intensiv rothe, hart anzufühlende, beim Schlingen schmerzhafte Anschwellung. Die rechte Tonsille ist auch mässig geschwollen. Das Zahnfleisch dieser Seite ist geröthet. Alle Zähne schwarz (über den Grund dieser Erscheinung liess sich nichts Näheres erfahren).

13. October. Temp. Abends 38,5. Antiseptische Gurgelungen.

14. „ „ Morgens 36,8, Abends 39,5. Puls 80.

15. „ „ „ 38,2, „ 38,6. Ich incidirte die noch stärker vorgewölbte Stelle. Es entleerte sich ca. ein halber Theelöffel gelben Eiters.

16. October. Temp. Morgens 38,0, Abends 39,2. Die Anschwellung hat sich an der Incisionsstelle zugespitzt.

17. October. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,7. Die Anschwellung ist kleiner geworden. Der Mund wird leichter geöffnet. Das Schlingen nicht so schmerzhaft.

---

[1]) Den unten anzuführenden interessanten Fall habe ich bereits im Jahre 1885 niedergeschrieben und mit anderen Krankengeschichten bei Seite gelegt, in der Hoffnung, ihn später gleichzeitig mit analogen Fällen zu beschreiben.

Digitized by Google

18. October. Temp. Morgens 38,2, Abends 39,5. In der Region der rechten Parotis hat sich eine bedeutende, schmerzhafte Anschwellung gebildet. Im Rachen hat sich die Tonsillitis zurückgebildet und das Schlucken ist schmerzlos.

19. October. Temp. Morgens 39,2, Abends 39,2. Die äusserliche Anschwellung in der Parotisgegend nimmt zu. Die Conjunctiva des rechten Auges ist injicirt und das untere Augenlid ödematös. Thränenfluss; keine besonderen Schmerzen. Compress. Ungt. gris.

20. October. Temp. Morgens 39,0, Abends 40,0. Die Anschwellung breitet sich auf die Nase aus. In der Region der linken Parotis hat sich bereits eine schmerzhafte Schwellung gebildet. Delirium. Taubheit.

21. October. Temp. Morgens 38,7, Abends 37,8. Rechts hat die Anschwellung abgenommen. Schlingact wieder schmerzhaft. Im Rachen nichts Besonderes. Im Uebrigen dieselben Erscheinungen.

22. October. Temp. Morgens 38,2. Tod.

Section am 23. October (Prosector Dr. B. Rosenberg). Eitrige Infiltration aller Weichtheile in den Fossae spheno-palatinae, links und rechts, was man auf der Sägefläche des Knochens gut wahrnimmt. Im weichen Gaumen ist die eitrige Infiltration nur rechts zu constatiren. Aus den beiden Fossae spheno-palatinae hat sich der Eiter beiderseits durch die beiden Fissurae orbitales inferiores unter der Dura mater bis in die Regionen der beiden Ganglion Gasseri seinen Weg gebahnt. Linkerseits ist von ihm die Pia mater der Temporalgegend an der basalen Fläche derselben infiltrirt. Endlich ist sogar die graue Hirnsubstanz an der Spitze des Lobus temporalis zerstört, welchen Defect man gut sieht, wenn man diese Partie mit einem Wasserstrahle berieselt. Es wurde auch ein kleiner Abscess im linken Musc. temporalis gefunden. In den Lungenspitzen Spuren eines längst abgelaufenen tuberculösen Processes in Form von Bindegewebswucherungen bei Vorhandensein 2—3 kleiner Cavernen. Die Milz ist vergrössert und weich. Muscatleber und cyanotische Nieren. Im Intestinaltractus nichts Abnormes. Diagnosis pathologica: Pharyngitis phlegmonosa profunda, Leptomeningitis circumscripta purulenta et abscessus lobi temporalis cerebri sin. Tuberculosis pulmonum chronica.

In dem geschilderten Falle handelte es sich dem pathologischen Befunde nach höchst wahrscheinlich um den Krankheitsprocess, welchen Senator[2]) unter dem Namen „primäre acute infectiöse Phlegmone des Pharynx" beschrieben hatte, und welcher bereits auch von anderen Aerzten[3]) beobachtet wurde. Der Unterschied liegt bei unserem Kranken erstens in der Abwesenheit von hämorrhagischer Gastritis und zweitens in der Verbreitungsrichtung der eitrigen Infiltration nicht nach unten auf die Halsregion (Zungengrund, Kehlkopfdeckel, Kehlkopf, Lymphdrüsen etc.), sondern nach oben auf's Gesicht, Nasenrachenraum und Gehirn.

---

[2]) H. Senator: Ueber acute infectiöse Phlegmone des Pharynx. (Berliner klin. Wochenschr. 1888, 30. Januar, No. 5, Seite 77—82.

[3]) Landgraf: Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Pharynx. (Berl. klin. Wochenschr. 1888, 6. Februar, No. 6, Seite 97.) Die anderen Fälle siehe Internat. Centralblatt von Semon.

Digitized by Google

Gummihütchen als Ueberansatz beim Politzer'schen Verfahren.

Von

Dr. **Hugo Bergeat**, München.

Die Hinausgabe des auf den ersten Blick überflüssig scheinenden einfachen Gegenstandes glaube ich um deswillen nicht unterlassen zu sollen, weil er die gewichtige Frage der Asepsis und Reinlichkeit zum Hintergrunde hat.

Es wird von vielen Ohrenärzten das Politzer'sche Verfahren nicht unter Anwendung des oliven-, sondern des kegelförmigen (Catheter-) Ballonansatzes ausgeübt; der Patient ist dabei leichter in der passenden Stellung festzuhalten. Die Montirung des Ansatzes mit einem Stückchen Weichgummischlauch, welches jedem Patienten besonders zugewiesen wird, macht das Verfahren sicherer und für den Patienten angenehmer, und erweckt obendrein den Anschein einer vollendeten Reinlichkeit. Es passirt aber gerade bei der bestgelungenen Ausübung, dass der durch unsere Finger bewerkstelligte vordere Nasenabschluss gesprengt und dass der Ballon, unsere Hand und selbst unser Kleid mit Naseninhalt bespritzt wird. Die Zweifler an meiner Angabe belieben sich einmal ihren Ballon und insbesondere den gerifften Theil des Ansatzes genauer anzusehen.

Um diese Ejecta abzufangen, habe ich ursprünglich ein Gummiplättchen in Gestalt eines sogen. Uhrschützers abwärts vom Schlauchstückchen auf den Catheteransatz gesteckt. Später, vor einem Jahre, habe ich Schlauchstück und Schutzplättchen zu einem Hütchen vereinigen lassen, welches die Urformen eines Cylinderhutes bei Fehlen der Deckelplatte aufweist. Ich bemerke besonders, dass das Abnehmen des Hütchens, welche Verrichtung beim einfachen Gummischlauche oft zeitraubend und jedes Mal unappetitlich ist, vollkommen leicht und reinlich sich vollzieht, ferner dass die 5procentige Carbolsäure, in welcher die Hütchen sofort nach Gebrauch ihren Aufenthalt nehmen, die ursprünglichen Eigenschaften derselben nicht veränderte.

Der Gegenstand ist von Herrn Pfau in Berlin, Dorotheenstrasse 67, zu beziehen*).

---

*) Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf aufmerksam machen, dass ich seit einiger Zeit bei Anwendung der Luftdouche ohne Catheter, also sowohl beim Politzer'schen als auch bei dem von mir angegebenen Verfahren, um Infection zu vermeiden, die von Löwenberg zuerst empfohlenen kurzen Kautschukschläuchchen, welche dem für die Nase bestimmten Stücke des Ballons aufgesetzt werden, um die so häufig vorkommende Läsion der Nasenschleimhaut mit Nasenbluten zu vermeiden, an ihrem Ende abrunden lasse. Herr Instrumentenmacher Reiner in Wien liefert mir diese Ansatzstücke, bei deren Gebrauch Nasenbluten fast nie vorkommt. Es ist dies eine ganz unscheinliche Modification, die aber in practischer Beziehung von grossem Nutzen ist. Gruber.

Digitized by Google

Bericht
über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde" der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wien vom 23. bis 30. September 1894.

Von

Dr. **B. Gomperz,**

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität,

II. Schriftführer der Section.

I. Sitzung am 24. September.

Der Einführende, Herr Prof. Politzer, begrüsst in längerer, mit grossem Beifall aufgenommener Rede die Mitglieder der Section wärmstens. Er weist auf die grossen Fortschritte hin, welche die Ohrenheilkunde seit der Zeit, wo die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zum letzten Male in Wien tagte (1856), gemacht hat und giebt seiner Erwartung Ausdruck, dass auch die jetzige otologische Section zur Förderung der Wissenschaft und zur Erkenntniss der grossen Bedeutung der Ohrenheilkunde beitragen werde.

Der erste Schriftführer, Herr Docent Bing, theilt hierauf die neu-angemeldeten Vorträge mit und verliest kurz die Entschuldigungs- und Begrüssungsschreiben der Herren Professoren Barth, Bezold, Lucae, Moos und Siebenmann, der Herren Docenten Haug und Hessler, der Herren Doctoren Kosegarten, W. Meyer, Michael, Holmer Mygind, Schwabach, Stacke, O. Wolf und Ziem, und giebt dem lebhaften Bedauern über das Fernbleiben dieser Herren Ausdruck.

In die Präsenzliste haben sich eingetragen die Herren: Anton (Prag), Baumgarten (Pest), Barnik (Graz), Behrendt (Danzig), Bing (Wien), Bloch (Freiburg), Bresgen (Frankfurt), Brieger (Breslau), Delstanche (Brüssel), Gradenigo (Turin), Gruber (Wien), Gomperz (Wien), Habermann (Graz), Halperin (Kiew), Hartmann (Berlin), Hecke (Breslau), Hedinger (Stuttgart), Kaufmann (Wien), Kayser (Breslau), Kirchner (Würzburg), Lange (Kopenhagen), Lichtenberg (Budapest), Morpurgo (Triest), Ott (Konstanz), Politzer (Wien), Pins (Wien), Pollak (Wien), Reinhard (Duisburg), Robitzsch (Leipzig), Rohrer (Zürich), Roller (Trier), Scheibe (München), Schneierson (Witebsk), Schubert (Nürnberg), Schwartz (Gleiwitz), Thomka (Wien), Tschlenow (Moskau), Ulrichs (Halle), Urbantschitsch (Wien), Wehmer (Coblenz), Zaufal (Prag).

II. Sitzung am 25. September Vormittags.

Vorsitzender: Dr. Charles Delstanche.

1) Doc. Dr. Fritz Rohrer: Ueber die Bildungsanomalien der Ohrmuschel. Rohrer erörtert hauptsächlich jene angeborenen Abnormitäten der Auricula, die den oberen Theil des Antihelix — die Crista antihelicis — betreffen. Das Fehlen einzelner Theile des Antihelix, sowie das Auftreten supernumerärer Crura Antihelicis in der Richtung gegen das Tuberculum Darwini und gegen das Crus helicis wird aus den morphologisch verschiedenen embryonalen Anlagen der einzelnen Theile des Antihelix, wie sie von Schwalbe festgestellt worden sind, nach deren Zugehörigkeit zum System der colliculi bronchiales und zum Bildungsgebiet der Ohrfalte erklärt. Als ein Unicum wird eine Ver-

Digitized by Google

schmelzung der Crura antihelicis mit dem Crus helicis zu einem einzigen horizontal verlaufenden Schenkel beschrieben. Der Vortrag wird durch zahlreiche Photographien, Aquarell- und Sepiazeichnungen illustrirt.

Discussion:

Gradenigo bemerkt, dass der als viertes Crus antihelicis supranumerarium von Rohrer abgebildete Streifen schon von ihm beschrieben wurde; Gradenigo deutet denselben als homologe Bildung des sogenannten Tuberculum centrale des Rindes und Schafes.

Professor Gruber kündigt die Demonstration dreier einschlägiger Moulagepräparate an.

2) Doc. Dr. Rohrer: Ueber hysterische Taubheit und Torpor nervi acustici. Der Vortragende verbreitet sich, gestützt auf eine ausführliche klinische Darstellung der bisherigen Untersuchungen, über diese eigenthümlichen Formen theils rein centraler, theils aus centralen und peripheren Factoren combinirten Gehörsstörungen und bringt die Krankengeschichten mehrerer besonders prägnanter Fälle. Auch das Verhältniss der hysterischen Taubheit zu hypnotisch impressibeln Patienten und die Coincidenz und Synergie hyperästhetisch afficirter und gereizter Partien des Gehörorganes wird, gestützt auf mehrere Fälle, besprochen.

Discussion:

Prof. Politzer möchte jene Fälle aus der vom Vortragenden geschilderten Gruppe ausschliessen, wo eine Herabsetzung der Energie des Hörnerven mit zeitweisen Schwankungen derselben vorkommt, und bei welchen nach seinen anatomischen Untersuchungen keine Erkrankung der Mittelohrschleimhaut, sondern eine primäre Erkrankung der Labyrinthkapsel vorliegt, welche mit palpablen Veränderungen im Labyrinthe verbunden ist.

Prof. Urbantschitsch bemerkt, dass die von Prof. Politzer erwähnte Ossification an den Labyrinthfenstern mit den von Dr. Rohrer bezeichneten Fällen von Torpor N. acustici nicht verwechselt werden könne, da bei den letzteren die schwankenden Charaktere der Taubheit bestehen, so z. B. in einem Falle, den Urbantschitsch gegenwärtig beobachtet, wo nur zu einer bestimmten Stunde des Tages hochgradige Schwerhörigkeit vorhanden ist.

Dass Mittelohraffectionen einen Einfluss auf den Acusticus zu nehmen vermögen, beweise die von Urbantschitsch beobachtete Beeinflussung des Acusticus auf dem entgegengesetzten Ohre bei Behandlung des einen Ohres und die Möglichkeit, durch Tubenmassage auch bei isolirtem Stapes auf die Schwerhörigkeit einzuwirken.

Gradenigo glaubt nicht, eine besondere Natur für den von Rohrer beschriebenen Torpor nervi acustici annehmen zu müssen; dieser Torpor entspricht ganz dem Begriffe der hysterischen Hypo- oder Anaesthesia acustica. Die hysterische vollständige Taubheit kann auch ohne andere hysterische Erscheinungen, als monosymptomatische Erscheinung sich vorfinden.

O. Brieger erwähnt, dass auch bei traumatischer Neurose sich sehr häufig Befunde ergeben, die den von Rohrer geschilderten vollständig entsprechen. Es findet sich aber fast regelmässig daneben eine deutliche Herabsetzung der Sensibilität des Gehörganges und Trommelfells bis zu vollständiger Anaesthesie. Bei der Uebereinstimmung solcher zweifellos durch Hysterie bedingter Befunde mit den von Rohrer beschriebenen

Digitized by Google

Zuständen sieht Brieger keine Veranlassung zur Aufstellung eines besonderen, als Torpidität des Hörnerves bezeichneten Krankheitsbildes.

Zaufal schliesst sich dieser und Gradenigo's Ansicht vollkommen an und empfiehlt, die Aufstellung der „Torpidität des Hörnerven" als einer eigenen Krankheitsform fallen zu lassen.

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass es noch immer objective Veränderungen im Mittelohre giebt, die man, namentlich bei intactem Trommelfelle, am Lebenden nicht zu diagnosticiren vermag, und meint, dass man hysterische Taubheit nur diagnosticiren soll, wenn auch noch anderweitige Erscheinungen auf Hysterie deuten; eine solche hysterische Taubheit sei ausserordentlich selten.

Dr. Eugenio Morpurgo frägt Gradenigo, wieso man beim Vorhandensein von Taubheit (ohne andere Symptome) berechtigt sei, Hysterie zu diagnosticiren, da er unter besagten Umständen nicht wagen würde, die Diagnose zu stellen.

Dr. Rohrer bemerkt über die Differenz zwischen hysterischer Taubheit und Torpor nervi acustici, dass im letzteren Falle gar keine hysterisch-neurasthenischen Symptome vorhanden waren, während bei grosser Reduction der Kopfknochenleitung und hochgradiger Sprachtaubheit die Perception für hohe Töne vollkommen erhalten blieb. Umgekehrt ist die Kopfknochenleitung bei reinen Affectionen des mittleren Ohres und der Tuba erhalten oder verlängert.

3) Dr. Szenes (Budapest): Ueber Taubstummheit.

Sz. hat in den Wintermonaten des Schuljahres 1891/92 die 124 Schüler der Landes-Taubstummenschule zu Waitzen (bei Budapest) untersucht, machte einige statistische Mittheilungen bereits in der demographischen Section des VIII. internationalen hygienischen Congresses in Budapest, und beschränkt sich jetzt blos auf die Wiedergabe der Resultate der angestellten Untersuchungen.

Pathologische Veränderungen des Gehörorgans bestanden wohl in 22 Fällen (17,75 pCt.), doch betrafen nur 8 Fälle das mittlere und innere Ohr, die übrigen 14 Fälle das äussere Ohr.

Bezüglich der noch vorhandenen Gehörreste fand Sz. Folgendes: Die Uhr wurde in 6 Fällen, und zwar ad concham, deutlich gehört. Politzer's Acumeter wurde in 58 Fällen per Knochenleitung gefühlt; 23 Mal vom Warzenfortsatz aus, 14 Mal von der Stelle vor dem Tragus aus besser, 21 Mal hingegen bald hier, bald dort besser.

Für die Stimmgabeltöne war die Luftleitung in 83 Fällen vollkommen aufgehoben, die übrigen 41 Fälle lieferten nicht immer verlässliche Angaben.

Das Galton'sche Pfeifchen wurde von 22 Kindern gehört; 5 von diesen konnten dasselbe auch auf grössere Distanz, 20—60 Ctm., hören.

Die Sprache wurde in 30 Fällen vernommen; 8 Mal war das Vokalgehör blos für „a" erhalten, 4 Mal bestand auch Satzgehör. Mit Prothesen wurde in keinem der Fälle besser gehört, als ohne dieselben.

Das Schallgefühl wurde mit Hilfe des Händeklatschens geprüft und zeigte sich für 43 Fälle erhalten. Bei 16 Kindern wurde das Händeklatschen noch auf eine Distanz von 8 Metern deutlich gehört; diese Kinder konnten aber auch Pfeifen gut hören. Im Hinblick auf die gefundenen Gehörsreste fragte sich Sz. bei jedem einzelnen Falle, ob

Digitized by Google

das Kind an richtiger Stätte in dem Taubstummeninstitute wäre, oder aber vielleicht in die Volksschule passen würde, und glaubt, immer der Taubstummenschule den Vorzug geben zu müssen. Ob die in neuerer Zeit häufiger cultivirten methodischen Hörübungen vortheilhafter wären, als der reguläre Taubstummenunterricht, erörtert Sz. nicht, da dieses Thema in einer der nächsten Sitzungan noch zur Sprache kommen wird.

Discussion:

Dr. Rohrer bemerkt über die Gehörprüfungen von Szenes an Taubstummen, dass neben palpabler Taubstummheit auch eine psychische Stummheit bei Kindern vorkommen kann. Es sind das diejenigen allerdings sehr seltenen Fälle anscheinender Taubstummheit, wo durch pädagogische und diätetische Einwirkungen in relativ kurzer Zeit Sprachfähigkeit sich gut entwickeln kann.

Szenes will gelegentlich des Vortrages von Prof. Urbantschitsch auf das Thema zurückkommen. Bezüglich der erwähnten therapeutischen Resultate glaubt er überaus vorsichtig in der Beurtheilung des Heilwerthes sein zu müssen, was besonders durch die richtige Unterscheidung der einzelnen Fälle zu geschehen hat.

4) Szenes: Weitere Beiträge zur heilungsbefördernden Complication der acuten eiterigen Paukenhöhlenentzündung.

In der I. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft (1892) hat Sz. das Resumé von 21 Fällen acuter Paukenhöhleneiterung mitgetheilt, wo nach kürzerer oder längerer Behandlungsdauer eine vollkommene Heilung wohl erfolgt war, bei denen sich jedoch auffallender der Paukenhöhlenerkrankung eine Otitis externa diffusa zugesellte, und erst wo mit der Heilung dieser, blos einige Tage andauernden Complication auch die Symptome der primären Paukenhöhlenentzündung gänzlich geschwunden waren.

Sz. hat nun seither weitere 20 einschlägige Fälle beobachtet, und muss bei Durchmusterung der Krankengeschichten nur von Neuem das damals Erwähnte bekräftigen. Die mit den bekannten Symptomen — Schmerz, Fieber, subjective Gehörsempfindungen etc. — eingeleitete Paukenhöhlenentzündung nimmt ihren regelrechten Verlauf, indem mit Eintritt der Suppuration die stürmischen Erscheinungen nachlassen und nur die Otorrhoe besteht. Letztere wird nun schulgemäss mit Antisepticis behandelt, wird wohl geringer, sistirt aber nicht, bis dann unter stürmischen Erscheinungen — Schmerzhaftigkeit, Fieber, Anschwellung der Gehörgangswände etc. — eine Otitis externa auftritt, die auf Behandlung in wenigen Tagen heilt, wobei zugleich auch die Paukenhöhleneiterung aufgehört hat. Bei solcher Regelmässigkeit kann man an keinen Zufall denken, und man muss für diese Fälle der Otitis externa einen heilungsbefördernden Einfluss zuschreiben.

Discussion:

Dr. O. Brieger bemerkt, dass er auch wiederholt bei Otitis externa, welche durch den Bac. pyocyaneus oder durch Excision der Gehörknöchelchen veranlasst war, einen auffallend raschen Ablauf des Mittelohrprocesses beobachtet habe. Er lässt es dahingestellt, ob vielleicht die bei der Otitis externa eintretende Verlegung des Gehörgangslumens mit ihrer Verhütung eventueller Secundäraffection der Pauke vom Gehörgang aus dabei eine Rolle spielt, erwähnt auch die curative Einleitung von Gehör-

Digitized by Google

gangsentzündungen, wie sie von anderer Seite vorgeschlagen wurde, hält diese aber für so bedenklich, dass er dringend davor warnen zu müssen glaubt.

Dr. Kaufmann frägt, wie denn Szenes so häufig Otitis externa bei Otitis media beobachten konnte, da ihm dieser Zufall nur höchst selten vorkomme.

Dr. Gomperz bemerkt, dass, wenn im Verlaufe eiteriger Entzündungen des Mittelohres auch solche des äusseren Ohres auftreten, diese dann im Vordergrunde des Interesses stehen, weil sie die grössten Schmerzen verursachen; wenn während dieses Zufalls die Mittelohrentzündung zur Ausheilung komme, so könne man noch immer nicht von einer Beeinflussung durch die Otitis externa sprechen.

Szenes antwortet: Die von Brieger erwähnte künstliche Hervorrufung einer Otitis externa, wie sie von Colladon in der otolog. Section des internationalen Congresses in Rom vorgeschlagen wurde, dürfe mit seinen Fällen nicht verwechselt werden. Es handelt sich nämlich hier nicht um eine künstlich hervorgerufene, sondern um eine spontane und ohne nachweisbare Ursache aufgetretene Complication. Die Paukenhöhleneiterung wurde in diesen 41 Fällen ebenso behandelt, wie in den übrigen Fällen von eiteriger Paukenhöhlenentzündung.

5) Szenes: Ueber den therapeutischen Werth von Carbolglycerin und Menthol bei Ohrenkrankheiten.

Die günstigen Resultate betreffs des Carbolglycerins, welche Porten, Bendelack-Hewetson, Hartmann, Rohrer, Morpurgo und neuerdings Haug erwähnen, kann Sz. auf Grund von 130 Fällen nur bekräftigen. Das 10—15—20procentige Carbolglycerin eignet sich für das Anfangsstadium der acuten Paukenhöhlenentzündung zu Instillationen. Letztere sollen gut warm sein, dürfen jedoch nur bei imperforirtem Trommelfelle angewendet werden und bewirken häufig eine Zurückbildung des ganzen Processes. Droht das Trommelfell spontan durchzubrechen, oder besteht sogar schon ein Trommelfelldefect, dann darf eine so starke Carbollösung gewiss nicht gebraucht werden.

Das 10—15procentige Mentholöl hat Sz. in den letzten 5 Jahren in 150 Fällen versucht und kann dasselbe zur Behandlung der Gehörgangsfurunkel wie auch der diffusen Anschwellungen der Gehörgangswände empfohlen werden. Nebst der antiseptischen Wirkung muss besonders die bequeme Behandlungsweise, welche sich speciell für poliklinische Zwecke sehr gut eignet, hervorgehoben werden. Die mit dem Mentholöl getränkte Wattewicke verbleibt immer 24 Stunden lang im äusseren Gehörgange. Die Lösung verursacht zwar ein lästiges Gefühl von Brennen, welches jedoch bald, manchmal aber erst nach mehreren Stunden aufhört. Es vermag wohl manchmal nicht Recidiven zu verhüten, doch kommt man in vielen Fällen ganz gut damit fort. Am besten bewährt es sich bei Furunkeln, wenn man diese eröffnet, deren ganzen Inhalt mit dem scharfen Löffel auskratzt und dann den Mentholöltampon in den Gehörgang einführt; der Heilungsprocess wird auf diese Weise oft bedeutend verkürzt. — Verengerungen des äusseren Gehörganges, welche neben einem Furunkel oder einer diffusen Otitis externa entstehen, pflegen sich unter der Wirkung eines Mentholöltampons in 24 Stunden schon gänzlich zurückzubilden oder aber bedeutend zu verringern.

Digitized by Google

Discussion.

Gomperz möchte die Verwendung des Menthols, das durch die unverletzte Haut hindurch gefässcontrahirend, demnach schmerzstillend und entzündungswidrig wirkt, auch für die einfachen Mittelohrentzündungen ohne Perforation empfehlen; er sah im Stadium der Schmerzen gute Wirkung von Einträufelungen 1—2procentiger Lösung in Oel, am besten in weissem Vaseline-Oel. Auch hat er Menthol in 5 - 10procentiger öliger Lösung als ein sehr verwerthbares mildes Antisepticum innerhalb der Paukenhöhle bei chronischen eitrigen Mittelohrentzündungen erprobt.

6) Prof. Dr. G. Gradenigo (Turin): „Die Sclerose des Mittelohres als parasyphilitische Affection in der spät hereditären Syphilis".

Seit dem XI. internationalen medicinischen Congresse in Rom, wo G. seine ersten Beobachtungen mittheilte, konnte er eine grosse Reihe von neuen Fällen studiren, in welchen sich mit Gewissheit oder höchster Wahrscheinlichkeit in Folge hereditärer Syphilis eine Sclerose des Mittelohres ausbildete, eine Krankheitsform, die vollkommen dem klinischen Bilde der chronisch-catarrhalischen Mittelohrentzündung mit Ausdehnung auf das innere Ohr entspricht, wie man sie in mit hereditären Ohrkrankheiten behafteten Familien oder bei hereditär tuberculösen Individuen antrifft; sie unterscheidet sich von dieser Form oft nur durch eine stärkere Malignität. Sie schreitet trotz jeder localen Behandlung vorwärts, und wenn sie schon einen derartigen Grad erreicht hat, dass sie die Aufmerksamkeit des Patienten erweckt, dann wird dieselbe auch von der specifischen Cur nur mehr wenig beeinflusst. Die Sclerosis kann als leichte Abart derjenigen typischen Ohrerkrankung bei der spät hereditären Syphilis angesehen werden, die von Hutchinson und Hinton beschrieben wurde. In der That begegnet man allen möglichen Uebergängen zwischen beiden Formen, die functionellen Störungen können sowohl in der einen wie in der anderen hauptsächlich auf den Schalleitungs- (bei negativem Trommelfellbefund) oder auf den Perceptionsapparat zurückgeführt werden. Die Diagnose kann zuweilen, wegen Fehlens eines jeden anderen Symptoms der hereditären Syphilis, schwierig werden; in derartigen Fällen kann blos die Auffindung dieser Affection bei den Eltern oder die aufmerksame Untersuchung der Geschwister des Patienten uns auf den richtigen Weg leiten. Auch muss die progressive Taubheit an und für sich, die mit Erscheinungen der Mitbetheiligung des inneren Ohres bei jungen Individuen rasch entsteht, ohne dass in der Familie hereditäre Tuberculose oder Taubheit vorhanden wäre, als der hereditären Syphilis verdächtig angesehen werden. Es ist G.'s Ueberzeugung, dass wenn dieses ätiologische Moment sowohl von Seiten des Ohrenarztes wie auch von Seiten des Syphilitologen berücksichtigt und in einer frühzeitigen Periode der Erkrankung eine entsprechende allgemeine Cur eingeleitet würde, die Resultate bedeutend günstiger wären, als dies der Fall ist, wenn die Behandlung zu spät vorgenommen wird.

Die Sclerosis auricularis kann ebenso wie die typische Taubheit bei hereditärer Syphilis im weiblichen Geschlechte häufiger als im männlichen angetroffen werden; allein sie entwickelt sich später als die typische Taubheit. Statt in der Pubertätszeit, tritt sie zwischen dem 20. und 30. Jahre auf. Die Individuen, bei welchen die Sclerosis aufzutreten pflegt, sind oft schwach gebaut, von lymphatischem und scrophulösem Habitus,

Digitized by Google

bei denen im Kindesalter typische adenoide Wucherungen im Rachen und chronische hypertrophische oder atrophische Entzündungen in der Nasenhöhle vorkommen. Dieselben können jedoch auch rüstig aussehen und — wenigstens in jener Periode, wo sie zur Untersuchung kommen — frei von Alterationen der Nasen-Rachenhöhle sein. Die in Rede stehende Ohraffection kann das alleinige Symptom der syphilitischen Diathese bilden, oft jedoch kann sie, wie die typische Form, von den bekannten Missbildungen der Zähne und von interstitieller Keratitis begleitet werden; sehr selten hingegen kommt sie in Begleitung von gummösen und ulcerativen, durch hereditäre Syphilis bedingten Alterationen der Nasen-Rachenhöhle vor.

Die Sclerosis auricularis bei der hereditären Syphilis muss in dem Sinne, wie es jüngst Fournier definirte, zu den parasyphilitischen Erkrankungen gezählt werden: sie ist specifisch bezüglich ihres Ursprungs, aber nicht ihrer Natur nach.

Discussion:

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass der verstorbene Assistent der Ohrenklinik, Dr. Wiethe, das Material der Klinik von Gruber nach dieser Richtung zu verwerthen strebte und hier zu dem Resultate kam, dass in vielen Fällen sogenannter hyperplastischer Mittelohrentzündung Syphilis als Grundlage des Leidens anzusehen sei. — Prof. Gruber selbst macht die Mittheilung, dass er seinerzeit schon mit Sigmund und Hebra nach dieser Richtung gearbeitet und die klinische Erfahrung gemacht hat, dass in vielen Fällen von sclerosirender Mittelohrentzündung durch eine antisyphilitische Behandlung wesentliche Besserung erzielt wurde.

7) Prof. Dr. G. Gradenigo: „Hörfeld und Hörschärfe".

Es ist, wie Zwaardemaker vorschlägt, bei der Aufzeichnung des Hörfeldes nothwendig, nebst den mittleren Tönen auch den unteren und oberen Grenzen des Gehörs Rechnung zu tragen. Bei Benutzung der Quadratserien zur Bestimmung der Abnahme der Intensität der Stimmgabeln im Verhältnisse der Zeit wird man die Hörschärfe für eine bestimmte Stimmgabel erhalten, wenn man die Procentzahl der Perceptionsdauer bei dem Kranken mit der normalen Procentzahl vergleicht und den der Quadratwurzel und nicht dem Quadrat der Procentzahl entsprechenden Werth aufzeichnet. Es ist nicht exact, wenn man das Hörvermögen für Töne im Allgemeinen mit dem für die Sprache vergleicht, wie Zwaardemaker vorschlägt; will man das Verhältniss zwischen beiden feststellen, dann kann das Hörvermögen für die Stimme blos mit dem für hohe Töne verglichen werden.

Bei der Bestimmung der unteren und oberen Grenzen des Hörvermögens ist von grossem Einflusse die Intensität des Schalles. Die Resultate, welche mit dem Pfeifchen von Galton erhalten werden, stehen, hauptsächlich bei schweren Erkrankungen des Mittelohres, im Widerspruch mit denjenigen, welche die König'schen Cylinder liefern. Das Maximum der Schallintensität von Galton ist von der 4. bis 6. Theilung; diesem Maximum entspricht gewöhnlich die obere Grenze des Hörvermögens, wenn der Schallleitungsapparat sich in schlechtem functionellen Zustande befindet. Die König'schen Cylinder ergeben im Allgemeinen exactere Resultate.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

LXVI. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

Die laryngologische Section.

Einführende: Prof. Störk, Prof. Chiari, Koschier.

Professor Störk als einführender Präsident begrüsst die Anwesenden und schlägt als Vorsitzende vor:

Docenten Dr. Onodi, Budapest,
Docenten Dr. Paul Heymann, Berlin,
Dr. Victor Lange, Kopenhagen,
Professor Pieniaczek, Krakau,
Dr. Bresgen, Frankfurt a. M.,
Professor Dr. Wagner, San Francisco,
Professor Dr. Juffinger, Innsbruck.

1) Bresgen (Frankfurt a. M.) spricht über die Anwendung der Electrolyse bei Verkrümmungen und Verdickungen der Nasenscheidewand, sowie bei Schwellung der Nasenschleimhaut und weist ihr einen nur beschränkten Platz an: 1) Nur in solchen Fällen, in denen nicht rasch vorgegangen werden kann, beispielsweise bei zarten Personen oder sonstwie Kranken; 2) in Fällen, in denen ausdrücklich eine eingreifende Behandlung verbeten wird. Die Anwendung der Electrolyse kann gegen die knorpeligen und knöchernen Auftreibungen der Nasenscheidewand, sowie auch gegen die Schwellung der Schleimhaut stattfinden. Vor allen Dingen ist sorgfältige Cocainisirung nothwendig, soll auch bei langsamem Einleiten des Stromes kein Schauer auftreten. Doppelnadeln eignen sich mehr als einfache; doch wendet B. auch Einzelnadeln an, jedoch so, dass die eine gerade beispielsweise in die Vorderfläche eines Vorsprunges der Scheidewand, die andere, spitzwinkelig abgebogene, in die Hinterfläche eingestochen wird. Dadurch wird eine raschere und eingreifendere Wirkung erzielt. Für die Seitenwände der Nase benutzt B. eine Doppelnadel, welche 2—4 Millimeter von der Spitze eine rechtwinkelige Abbiegung hat, so dass auch diese Nadel senkrecht in's Gewebe eingestochen werden kann. Bei der Einwirkung des electrischen Stromes bildet sich rasch am —Pole Schaum, durch den ein grosser Theil der electrischen Kraft verloren geht. Um dies zu verhindern, ist es nothwendig, diesen Schaum bald durch Einziehung von Luft (bei zugehaltener anderer Nasenseite) nach hinten zu beseitigen oder die Nadel an neuer Stelle einzustechen. Die Nachwehen, welche sich nach Anwendung der Electrolyse einstellen können, sind meist so gering, dass die Kranken in ihrer gewohnten Lebensweise nicht gestört werden. Etwaige am +Pole zuweilen auftretende kleine Blutungen werden am besten durch 20- bis 40procentige Chromsäure gestillt. B. fasst seine Erfahrung nochmals dahin zusammen, dass die Electrolyse niemals ein Heilmittel sein oder werden könne, welches andere als mit dem Ohr wohlvertraute Specialärzte mit Vortheil anzuwenden im Stande sein werden; denn von ungeübter Hand angewendet, könne sie nur zu Misserfolgen führen.

An der Discussion betheiligten sich M. Hajek, Störk, Heymann, Chiari, welche Alle die Electrolyse als langsame und nicht immer schmerzlose Methode erklären, welche den anderen Methoden weit nachsteht. Bresgen erklärt, dass er die Electrolyse auch nur anwendet, wenn er andere Methoden nicht anwenden kann oder darf. Schmerzlos

Digitized by Google

könne er die Electrolyse immer machen durch Anwendung des Cocains in einer jedem Falle eigens angepassten Weise.

2) Docent Dr. Grossmann: „Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma".

Dr. Grossmann stellt auf Grund klinischer Erfahrung und physiologischer Betrachtung die Behauptung auf, dass eine, mit einem Erstickungsanfall eingeleitete und in relativ kurzer Zeit wieder verschwindende Stimmbandlähmung als ein characteristischer Vorbote einer in der Nähe der Nv. laryngei infer. sich entwickelnden Aneurysma zu gelten hat,

Discussion:

Dr. Pienaczek bemerkt, dass der Druck, der nur auf den einen und zwar den linken N. recurrens ausgeübt wird, nicht im Stande ist, einen Spasmus glottidis hervorzurufen, zu dem doch die Muskelcontraction im Gebiete der beiden Nn. recurrentes entstehen muss. Er führt die Anfälle auf die Steigerung der schon bestehenden Luftröhrenverengerung zurück: Diese Stenose kann bei Steigerung des Blutdruckes im Aorten-System bedeutend vergrössert werden, und auf diese Weise ruft sie die Anfälle hervor. Gleichzeitig nimmt auch der auf den N. laryngeus recurrens wirkende Druck zu, weshalb auch die Lähmung entstehen kann, wenn schon früher Parese desselben bestand.

Dr. J. Mahl hatte zwei Fälle, den einen bei einem 50jährigen Manne, bei dem in Folge eines Erstickungsanfalles die Tracheotomie gemacht werden musste; trotz der eingeführten Canüle hörte der Stridor nicht auf, der eingeführte Catheter machte pendelartige Bewegungen, zum Beweise, dass im Einlegen die Ursache war. In diesem Falle trat vorher bei jeder neuen Bewegung der Stridor auf — dennoch war nicht der Druck auf den Larynx der linken Seite die Ursache des Spasmus.

Im zweiten Falle trat bei einem 6jährigen zarten Kinde im Verlaufe einer Pneumonie Laryngospasmus auf. Trotz seiner Opposition wurde die Tracheotomie vorgenommen; der Anfall dauerte zehn Minuten nach eingeführter Trachealcanüle und wiederholte sich im Verlaufe der nächsten drei Tage. Es handelte sich also um Spasmus der Bronchien.

Dr. M. Hajek: Der Vergleich, dass das Aneurysma den Recurrens in derselben Weise reizt, wie die Ganglienreihen bei der Tabes (Crise laryngée) gereizt werden, ist nicht ganz zutreffend, da es wahrscheinlicher ist, dass die Crise laryngée eher Lähmungserscheinung als Spasmus ist. Denn gerade Semon und Burger haben darauf hingewiesen, dass das nächtliche Auftreten der Crisen eher auf Lähmung zurückzuführen ist.

Dr. Onodi bemerkt, dass Vortragender sich stillschweigend der Krause'schen Auffassung anschliesst und die mediane Fixation als Anfangsstadium bei Druck von Aneurysmen in den meisten Fällen als spastische Erscheinung auffasst. Die experimentellen Versuche sind nicht geeignet, die Differenz in der Auffassung der Krause- und Semon-schen Lehren endgiltig zu klären. Die Semon'sche Lehre hat für den Stamm des Recurrens und für den Muskel unstreitige Beweise.

Es ist Thatsache, dass der Posticus früher abstirbt als die Muskeln der einzelnen Verengerer, es ist ferner Thatsache, dass der isolirte Posticusnerv früher seine Leitungsfähigkeit verliert. Zu diesen Thatsachen habe ich den ersten pathologisch-anatomischen Beweis geliefert, in einem

Digitized by Google

Falle, wo ein doppeltes Aneurysma vorhanden war. Der rechte Recurrens total gepresst, der linke theilweise; die Untersuchungen der einzelnen Nerven haben gezeigt, dass rechts alle Nerven degenerirt waren, links nur der Posticusnerv und der Thyreoarytaenoideusnerv. Onodi empfiehlt, von nun an immer die Recurrensnervenzweige isolirt zu untersuchen und in Einklang zu bringen mit den im Leben beobachteten Symptomen. Onodi schliesst nicht an Grossmann's Folgerungen und sagt, dass sie nur in einzelnen Fällen als spastische Erscheinung aufzufassen ist und in den meisten Fällen es sich um Posticuslähmung handelt.

Grossmann betont Professor Pieniaczek (Krakau) gegenüber, dass auch eine laterale Reizung oder plötzliche Lähmung des einen Stimmbandes eine hochgradige Dyspnoe zur Folge haben könne; die Annahme, dass die Athembeschwerden auf eine durch das Aneurysma bedingte Trachealstenose zurückzuführen wären, ist unstatthaft, denn hier würden die Erstickungsanfälle zwar auch mit Ruhepausen abwechseln, aber das Stenosengeräusch bliebe permanent. Die Athmung wäre nie mehr ganz frei. Der Vergleich mit Croupkranken, bei denen die Erstickungsanfälle auch im Schlafe durch Ansammlung von Schleim etc. auftreten, ist durchaus unstatthaft, denn hier ist der Schlaf kein begünstigender Factor, beim Aneurysma aber wäre die Ruhe das einzige Vorbeugungsmittel gegen diesen Anfall.

Weiterhin betont er, dass es sich nicht um eine Parese, sondern um eine totale Paralyse gehandelt hat. Dass ähnliche Zustände auch bei einem anderen Processe, wo der N. laryng. infer. comprimirt wird, vorkommen könne, gebe er ohne Weiteres zu. Wir werden aber immer an ein Aneurysma denken müssen, wenn keine andere Ursache nachweisbar ist. Die geschilderten Erscheinungen nach den experimentellen Untersuchungen Krause's zu deuten, will er nicht acceptiren und refusirt es, bei dieser Gelegenheit auf diese Frage näher einzugehen.

3) Docent Dr. A. Onodi (Budapest): „Die Phonationscentren in Gehirn."

Die Existenz des von Krause bezeichneten Rindencentrums constatirte Onodi ebenso wie Semon-Horsley und Masini. Die Angabe Masini's, dass die Reizung des einen Rindencentrums mit schwachen Strömen Näherung des Stimmbandes der entgegengesetzten Seite bewirkt, konnte Onodi nicht constatiren, ebenso wie Semon. Die vorgenommene Exstirpation des einen Rindencentrums rief keine Veränderung weder in der Stimmbildung, noch in den Bewegungen der Stimmbänder hervor. Werden beide Centra exstirpirt, ist das Resultat gleichfalls negativ. Nach Durchschneidung der Corona radiata beiderseits, also nach Durchtrennung der Fasern zwischen den Rindencentren und den grossen Ganglien, trat beim Thiere sowohl in der Stimmbildung, wie in den Bewegungen der Stimmbänder keine Veränderung ein. Die quere Durchschneidung der Medulla oberhalb der Vaguskerne veranlasst den sofortigen Verlust der Stimme; die Glottis klafft, die Stimmbänder können sich nach innen gar nicht bewegen, bei tiefen Inspirationen weichen sie nach aussen. Dasselbe Resultat ergiebt die isolirte Durchschneidung der Corpora quadrigemina an ihrer Basis. Es wurde auch beiderseits das Gebiet der Thalami optici zerstört, das Resultat war negativ, die Stimmbildung dauerte fort. Nach diesen Versuchen gelang es Onodi, die Corpora quadrigemina vom ganzen Hirnstamme loszutrennen und dadurch das Gebiet der Thalami optici von den Corpora quadrigemina zu scheiden. Nach den Experi-

Digitized by Google

menten stöhnte das Thier schmerzhaft und gab laute Töne von sich; die Stimmbänder näherten und entfernten sich. Es gelang Onodi, die vorderen Hügeln von den hinteren loszutrennen, auch da blieb die Stimmbildung erhalten. Die quere Durchschneidung der Medulla oberhalb der Vaguskerne hat wiederholt das schon erwähnte Resultat gegeben, das heisst Verlust der Phonation und Adduction, Fortbestand der Abduction der Stimmbänder.

Es ist somit Onodi gelungen, ein Gebiet zu eruiren, dessen Erhaltenbleiben die Phonation und Adduction noch ermöglicht und welches sammt den hinteren Vierhügeln am obersten Theile des vierten Ventrikels 8 Mm. beträgt. Die obere Grenzlinie dieses Gebietes ist die die vorderen Vierhügel von den hinteren trennende Querfurche, die untere Grenzlinie eine von dieser Furche nach unten und hinten auf 8 Mm. zu ziehende quere Ebene. Das Intactbleiben dieses Gebietes ermöglicht Phonation und Adduction, wenn auch oberhalb desselben jede Verbindung mit dem Gehirn und den Gehirnganglien durchschnitten ist; vice versa hört Phonation und Adduction auf, wenn der Zusammenhang dieses Gebietes nach unten zu unterbrochen wird. Im letzteren Falle treten die Abductionsbewegungen der Stimmbänder auf die selbstthätige Function der Vaguskerne hin ein. Den bereits begonnenen weiteren Untersuchungen bleibt es vorbehalten, nachzuweisen, in welchem Verhältnisse das Rindencentrum und das von Onodi bezeichnete Centrum zu einander und zu dem Gebiete der Vaguskerne stehen. Ferner, in welcher Anordnung und wo die Nervenfasern von diesen Centren verlaufen, bis sie zum unteren Theile des verlängerten Markes gelangen.

Nach dem Vortrage demonstrirt Onodi die Gehirne mit Durchschneidung der Corpora quadrigemina der Medulla oblongata etc., an welchen er seine Untersuchungen ausführte.

Discussion.

Dr. L. Réthi (Wien). Analog wie mit dem Phonationscentrum verhält es sich mit dem Kau- und Schluckcentrum; auch diese Functionen haben ihre Vertretung in beiden Hemisphären und die Fasern konnte ich von der Rinde ab in die Capsula int. und die Regio subthalamica verfolgen. In der letzteren liegt das Coordinationscentrum des Kauens und Schluckens; denn wird auch dieses abgetrennt, so kann man von den Querschnitten aus nur mehr einfache Contraction der Kaumuskeln ohne Coordination auslösen.

Grossmann erinnert, dass die Versuche Onodi's, bei denen er die Medulla oblongata in verschiedenen Höhen durchschnitt, in der Anordnung und Resultaten mit den analogen Versuchen Grossmann's sich decken.

Onodi anerkennt diesen Umstand als bekannte Thatsache, welche ohnedies in der ausführlichen Publication gewürdigt ist

Docent Onodi führt zwei Experimente aus im physiologischen Institute während der Sitzungen der laryngol. und physiolog. Sectionen. Im ersten Experimente exstirpirt er beiderseits die bekannten Rindencentren; im zweiten Experimente durchtrennt er das Gebiet der Regio thalami von dem Corpus quadrigeminum. Die Phonation blieb in beiden Fällen ungestört, die Obduction zeigte die geplante Zerstörung und Durchtrennung der bezeichneten Gebiete.

4) Universitätsdocent Dr. A. Onodi (Budapest): Das Verhältniss des Accessorius zur Kehlkopfinnervation.

Die an Hunden in grosser Zahl vorgenommenen Ausreissungen des

Digitized by Google

Accessorius am Halse ergaben im Kehlkopfe keinerlei Veränderungen in den bekannten Bewegungen der Stimmbänder. Es wurden an Kaninchen und Hunden innerhalb der Schädelhöhle die Accessorii aus dem Foramen jugulare ausgerissen, und keinerlei Aenderung trat in den Bewegungen der Stimmbänder ein. Die Obduction bestätigte die vollständige Exstirpation des Accessorius. Die Durchschneidung des Accessorius spinalis, sowie die electrische Reizung desselben ergab ebenfalls negatives Resultat. Die einschlägigen, nach den verschiedensten Richtungen ausgeführten Versuche führten alle zu demselben Resultat, nämlich, dass die Nn. accessorii an der Innervation der Kehlkopfmuskeln nicht theilnehmen und auch die Bewegungen der Stimmbänder nicht beeinflussen. Diese Versuchsresultate erhalten in dem grösseren Theile der Literaturangaben, sowie in den neueren Untersuchungen — welche die Unstichhaltigkeit der Annahme eines Einflusses des N. accessorius auf die Schlundmuskeln und auf das Herz erweisen, ferner in der Thatsache, dass die klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen bis jetzt die Frage nicht in's Reine bringen konnten — eine Stütze.

Discussion:

Docent Dr. Grossmann freut sich, dass Dr. Onodi durch seine Experimente zu denselben Resultaten gelangt ist, wie er, glaubt aber, dass die Frage, ob der Vagus oder Accessorius der motor. Nerv des Kehlkopfes sei, in unwiderleglicher Weise erst dann entschieden sein wird, wenn es gelingt, die Grenze des Vagus- und Accessoriuskerns genau zu fixiren oder aber die Wurzelbündel, welche seitlich von der Med. obl. abgehen, genau zu classificiren.

Dr. L. Réthi (Wien): Die Widersprüche werden wohl zum Theile darauf zurückzuführen sein, dass nicht alle Autoren darüber einig sind, welche Nervenwurzelfasern zum Vagus und welche zum Accessorius gehören. Ein Theil der motorischen Nerven verläuft in den unteren Fasern des mittleren Wurzelbündels, diese müssen jedoch als Vagusfasern angesehen werden, weil sie aus demselben Kern entspringen, wie der Vagus, zu einem Bündel mit diesen vereinigt die Med. obl. verlassen, im For. pupulare sich wohl dem Accessorius anlegen, ohne mit demselben zu anastomosiren, und im weiteren Verlaufe den Accessorius wieder verlassen. Von diesem Standpunkte betrachtet, schliesse ich den Accessorius von der motorischen Innervation des Kehlkopfes sowohl, wie nach meinen Versuchen auch von der des Pharynx aus.

Dr. Onodi bemerkt, dass nach den bisherigen anatomischen und physiologischen Resultaten, die sich grösstentheils decken, es der klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchung vorbehalten sei, diese Frage endgiltig zu entscheiden.

5) Dr. Egmont Baumgarten (Budapest): „Ueber Eiterungen der Siebbeinzellen".

An der Hand von kurz mitgetheilten Befunden liessen sich folgende Formen der ziemlich häufig beobachteten chronischen Eiterung der Siebbeinzellen unterscheiden: 1) einfache Caries und Necrose des Siebbeinknochens, 2) Caries-Necrose mit Eitersackbildung, 3) mit Polypenbildung, 4) mit ossificirender Tendenz, doch werden alle Formen als verwandte Processe angesehen, da bei allen die Erkrankung des Siebbeinknochens gemeinschaftlich ist. Es wurden nur die primären reinen Formen berücksichtigt. In vielen Fällen war Lues, in vereinzelten Tuberculose, Typhus, Scharlach, Influenza etc. als Ursache anzunehmen. Subjective Symptome

Digitized by Google

können auch ganz fehlen, am häufigsten war Schmerz in den Nasenbeinen, in der Schläfe vorhanden, seltener Schmerz im Auge, Unlust, Vergesslichkeit, Parosmie etc. Objectiv war immer Eiter sichtbar und mit der Sonde kranker Knochen fühlbar. In manchen Fällen sah man im mittleren Nasengange einen Schleimhautwulst mit einer Spalte oder einem Eitersack, Granulationen und Polypen, Schwellung und Röthe um das Auge, im Gesichte. Die Prognose ist bei reinen Fällen günstig, wenn rechtzeitig operirt wird, doch die Gefahr des Weiterschreitens oft durch nichts aufzuhalten. Die Therapie besteht aus Auskratzung und Entfernung alles Krankhaften und Jodoformgazetamponade. Nachträglich wichtig ist fleissige Controle.

Discussion:

Dr. M. Hajek (Wien) verweist auf seinen ausführlichen Vortrag über Erkrankungen des Siebbeines, wobei er die Differenz hervorhebt, welche zwischen seinen Erfahrungen und denen Anderer besteht. Insbesondere kann er die Diagnose der „Caries" nicht kritisiren, weil in der Nase leicht derartige Gefühle vorgetäuscht werden. Auf diesen Befund werden aber weitgehende Schlüsse aufgebaut. Die Siebbeinerkrankungen sind durchaus nicht so häufig, als sie dargestellt werden. Um die Lehre von den Siebbeinerkrankungen mit Erfolg aufzubauen, müssen wir unbedingt die klinischen Erfahrungen mit den pathologisch-anatomischen Untersuchungen in Einklang zu bringen suchen.

Dr. Réthi (Wien) schliesst sich den Ausführungen Hajek's an, dass die Siebbeinhöhlenempyeme bei uns nicht so oft vorkommen, dass die Diagnose derselben schwierig und vorerst ein Kieferhöhlenempyem auszuschliessen sei, und nimmt Réthi diesbezüglich Grünwald in Schutz, als wären die Krankengeschichten ungenau; derselbe hebt in einer grossen Anzahl der Krankengeschichten vorerst hervor, wie es sich mit der Kieferhöhle verhält.

Dr. Roth erwähnt eines Falles von Auftreibung des vorderen Endes der mittleren Nasenmuschel, die mit andauernder Eiterung an der Nasenhöhle einherging und bei deren Eröffnung sich keine Erkrankung des Knochens, sondern ein über haselnussgrosser Polyp eingeschlossen in dieser Zelle vorfand und nach seiner Entfernung die Eiterung ohne jedwede weitere Therapie sistirte.

Dr. Weil sieht nicht ein, warum man, wenn man profuse Eiterung findet und mit der Sonde auf — natürlich unzweifelhaft — rauhen Knochen stösst, die Diagnose auf Necrose nicht direct machen darf, gerade so wie man an einer Extremität eine solche erkennt. Natürlich darf vorher gar kein operativer Eingriff gemacht worden sein. Eine Entscheidung durch die pathologische Anatomie würde erst dann sicher herbeigeführt werden, wenn ein Patient mit der klinischen Diagnose „Siebbeincaries" zufällig zur Section käme. Zumindest müsste der exstirpirte Knochen histologisch untersucht werden, was Dr. Weil sowohl bei Grünwald als auch bei Baumgarten vermisst. Jedenfalls muss man Wrakes, Grünwald dafür dankbar sein, dass man jetzt weiss, wo man diese Krankheitsbilder unterbringen soll.

Chiari betont, dass er auch einige wenige Fälle, ähnlich den Grünwald'schen, beobachtet und behandelt habe. Nur macht er neuerdings aufmerksam, dass diese Fälle sehr selten sind und dass nicht jede rauhe Stelle auf Caries zu beziehen sei. Mit der Sonde kann man selbst in gesunder Nase auch bei geringer Kraftanwendung sehr leicht eine rauhe

Digitized by Google

Stelle fühlen, da die Schleimhaut an vielen Orten sehr zart ist. Auch nach Exstirpation von Polypen fühlt man oft rauhen Knochen, der gewiss nicht auf Caries zu beziehen ist.

E. Baumgarten hält daran fest, dass die Erkrankung des Knochens immer vorhanden ist, doch betont er noch einmal, dass man oft nur nach mehreren Untersuchungen die Diagnose sicher stellen kann. Operirte Fälle von Polypen zeigen am Grunde Erkrankung des Knochens, doch sind diese Fälle ganz auszuschliessen.

6) Dr. Thost (Hamburg) erörtert die Verhältnisse, unter denen eine Infection des Kehlkopfes mit Bacillen stattfinden kann. Hereditäre und erworbene Tuberculose sei zu unterscheiden, da die Bacillen nach neueren Untersuchungen durch die Eltern übertragen werden. Es wird dann über die ähnlichen Verhältnisse im Darm gesprochen und darauf hingewiesen, dass das mehr feuchte Klima Norddeutschlands für die Tuberculose nicht ungünstig sei.

Es wird dann ein Fall demonstrirt von solitärem Tuberkel im Larynx, der spontan heilte, ein Fall, der vor vier Jahren mit grossen Dosen Tuberculin behandelt wurde und vernarbt ist; auch heute noch sind mehrere Fälle von erworbener Tuberculose, einer durch Trauma veranlasst, die gleichfalls günstig verliefen.

7) Dr. L. Réthi (Wien): „Messung der Spannung der Stimmbänder". Die Spannung der Stimmbänder wird mit einem scheerenförmigen Instrument, und zwar durch Spannung eines Federpaares gemessen, welches die Stimmbänder in ihrer Mitte von innen her eindrückt und die Glottis um eine gewisse Grösse erweitert. Dieses Federpaar, wie die Branchen einer Scheere während der Reizung der verschiedenen Kehlkopfmuskeln in die Glottis des curarisirten Thieres eingeführt, wird durch eine Schraubenvorrichtung auseinander getrieben, bis ein electrischer Contact die Erreichung der beabsichtigten Erweiterung anzeigt. Die an einer Theilung ersichtlichen Zahlen werden zur Eruirung der, den Grad der Stimmbandspannung anzeigenden absoluten Zahlen verwerthet. Die ausführlichen Resultate gelangen, da die Versuche noch nicht vollständig abgeschlossen, später zur Publication.

Discussion: Störk machte Versuche mit einem manometerartigen Instrumente, um die Spannung des Larynx in toto zu eruiren; insbesonders interessirten ihn diese Messungen bei geübten Sängern.

Die Messung geschah mit Berücksichtigung des Thorax-Umfanges — Messungen der Körperlänge — Messungen mit Hutchinsohn's Spirometer — all' diese Zahlenergebnisse hatten aber kein positives Resultat, so dass Störk diese Art Spannungsmessungen aufgegeben hat Gleichzeitig betonte Störk, dass ihm dieses Instrument des Herrn Dr. Réthi ausserordentlich passend erschien, um auch später beim Menschen richtige Spannungsverhältnisse der Kehlkopfsmusculatur zu finden.

8) Dr. Reinhard (Duisburg): „Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle, mit Demonstration des Präparates".

Vortragender demonstrirt ein Präparat, welches vor sechs Wochen durch Totalresection des linken Oberkiefers einem 65jährigen Kranken entnommen wurde.

9) Privatdocent Dr. Paul Heymann (Berlin): „Ueber Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und im Larynx infolge von Lues".

Digitized by Google

Heymann berichtet über seine Erfahrungen betreffend die Verwachsungen und Verengerungen des Rachens und des Kehlkopfes im Gefolge der Lues. Es sind im Rachen wesentlich drei Stellen, an denen solche Verwachsungen vorkommen, dicht hinter den Choanen, am Uebergang des Nasenrachenraumes in den Mundrachenraum und dicht über die Epiglottis im unteren Schlundraum. Die Verwachsungen, die das Endresultat gummöser Geschwüre sind, sind fast stets circulär angeordnet. Im Kehlkopfe handelt es sich meistens um membranoide Verwachsungen der wahren und falschen Stimmbänder, doch kommen auch Verwachsungen an anderen Stellen, sowie schiefe Verwachsungen, Knorpel-Verziehungen etc. vor.

Es ist häufig nicht möglich, dem geschwürigen Process Einhalt zu thun und bleibt nur übrig, die völlige Vernarbung abzuwarten und dann die chirurgische Behandlung der Stenose eintreten zu lassen, bei welcher sich die allmählige Dilatation als die für die Mehrzahl der Fälle geeignetste erwiesen hat.

Bemerkenswerth ist das relativ häufige Vorkommen solcher Verwachsungen bei der hereditären Form des Lues.

Discussion:

Professor Pieniaczek trug einmal die Epiglottis ab, als dieselbe durch Narben nach rückwärts und unten gezogen war und dadurch Stenose des Larynx veranlasste. Excisionen der Narben verursachen manchmal starke Blutungen.

Dr. Thost fragt, ob sich sicher in den Fällen von sogenannter hereditärer Syphilis die Heredität nachweisen liess.

Heymann bemerkt auf die Frage des Herrn Thost, dass er selbstverständlich sich bemüht hat, bei seinen Fällen von hereditärer Lues nach anderen Zeichen dieser Erkrankung zu suchen und dass seine Bemerkungen in fast allen Fällen auch Erfolg gehabt haben.

Zu dem Beitrage des Herrn Pieniaczek fügt er hinzu, dass er in den Fällen, wo eine einfache Durchtrennung des Narbenstranges Erfolg versprach, auch nichts Anderes angewendet hat.

10) Professor Dr. Pieniaczek: „Beitrag zur Behandlung der Trachealstenose nach der Tracheotomie". P. bespricht die Verengerungen, die in der Luftröhre bei Tracheotomirten auftreten, oder wegen welchen die Tracheotomie vorgenommen wurde. Zuerst erwähnt er die spontane Hyperplasie der Trachealschleimhaut, die die Stenose der Trachea neben oder ohne Kehlkopfstenose verursachen kann. Dann führt er Stenosen an, die durch die Reizung der Schleimhaut durch das untere Canülenende entstehen, hier tragen Granulationswucherungen oder Wulstung der Schleimhaut an der Stenose Schuld. Er untersucht die Luftröhre durch die Trachealfistel unter Gesichtscontrole und behandelt auch dieselben auf demselben Wege. Es kommt hier die Abzwickung der Granulome, Excochleation der Wülste und systematische Dilatation in Betracht. Zu der letzteren verwendet der Vortragende abgeschnittene Oesophagus- oder Urethralcatheterstücke, je nach dem Alter des Kranken. Kurz erwähnt er noch die Neubildungen, entzündlichen Zustände u. dergl. als mögliche Ursachen der Stenose und demonstrirt von ihm aus den Brochien extrahirte Fremdkörper, als: einen Schiessbolzen, zwei Canülen, ein Stück Kork und eine doppelte Stecknadel.

Discussion:

Dr. Thost erwähnt eines Falles, wo trotz sorgfältiger Behandlung

Digitized by Google

der Schleimhaut der polypös entarteten Trachea die Entfernung der Canüle unmöglich war, weil durch die Entzündungsvorgänge die zarten Trachealringe, ähnlich wie bei Strumen zu Grunde gegangen waren und die Trachea wie ein schlaffer Sack sich zusammenlegte. Thost hat dann die von Mikulicz angegebenen, im Lehrbuch von Gottstein abgebildeten Glascanülen, später auch dieselben Canülen aus Gummi eingeführt, das Kind athmete damit gut, aber bei Entfernung der Canüle trat Dyspnoe ein; die Canüle musste liegen bleiben, weil die Trachea sich zusammenlegte.

Störk bespricht die Schwierigkeiten, die sich oft dem Decanülement bei kleinen Kindern entgegenstellen, und wünscht zu wissen, ob Pieniaczek's Methode dabei gute und schnelle Resultate ergiebt.

Professor Pieniaczek erwiedert, dass er nicht über die Schwierigkeiten der Decanülation, sondern über Trachealstenosen bei Tracheotomirten sprechen wollte, er wäre zufrieden, wenn die Schwierigkeiten der Decanülation nur auf denjenigen Veränderungen beruhten, die durch das Canülenende verursacht werden. Was die Erweichung der Luftröhre anbelangt, so kennt er sie und hat sie bei kleinen Kindern durch seinen Trichter gesehen. Die hintere Wand drängt sich hier an die vordere bis zur Berührung, was besonders beim forcirten Exspirium, Husten, Drängen u. dgl. vorkommt. Da athmet das Kind bei zugestopfter Canüle ganz leicht, nach der Entfernung derselben aber bekommen sie suffocative Anfälle, besonders beim Husten, sobald sich die Fistel schon zusammengezogen hat, oder es tritt der Anfall im Schlafe auf.

Dr. Thost erwähnt noch, dass er, wie er in Halle schon demonstrirte, eine Reihe von über der Canüle gelegenen narbigen Stenosen behandelte mit soliden Zinnbolzen, die von der Fistel aus eingeführt werden, und bei Kindern, die vergebens operirt waren, auf mechanische Weise dilatirend, Heilung erzielte. Auch ein Erwachsener wurde, nachdem er Jahre lang mit Röhren und operativ behandelt war, mit dieser Dilatationsmethode endgiltig geheilt. Thost legt Werth darauf, dass die Dilatationsinstrumente schwer, am besten aus Zinn seien, Röhren, Gummibolzen führen nicht zum Ziel.

11) Docent Dr. Onodi referirt von einem Experiment, welches er in der heutigen Sitzung der physiologischen Abtheilung unter dem Vorsitze des Prof. Grützner ausgeführt hat; bei dem Thiere wurde das Gebiet der Thalami optici vom Corpus quadrigeminum quer durchtrennt und die Phonation blieb ungestört. Die Obduction bestätigte die Durchtrennung. Onodi demonstrirt das herausgenommene Gehirn.

12) Dr. Gottfried Scheff: „Beiträge zur Physiologie und Anatomie der menschlichen Nase".

Welchen Weg nimmt der Luftstrom in der Nase?

Nach Berücksichtigung der einschlägigen Literatur theilt Scheff die nach seinen Experimenten gewonnenen Resultate mit. — Die Experimente zerfallen in zwei Gruppen:

1. Gruppe: Experimente, welche an Leichnamen angestellt wurden und zum Resultate hatten, dass der Luftstrom der Hauptmasse nach seinen Weg durch den mittleren Nasengang nimmt. Die alte Eintheilung in eine Reg. resp. und Reg. olf. somit physiologisch nicht berechtigt erscheint. Ferner dass selbst beim gewöhnlichen Athmen Geruchswahrnehmung stattfindet und dass die Function der Nebenhöhlen, wonach diese auf mechanischem Wege den Riechakt begünstigen sollen,

Digitized by Google

wie Braune und Clasen annehmen, experimentell nicht bestätigt erscheint. Endlich, dass nur der Niessakt aspirirend auf den Inhalt der Nebenhöhlen wirken könne.

2. Gruppe: Bis jetzt für dieses Organ ganz neu und die Architectonik der inneren Nase darstellend (Ausgussmethode). Dadurch erscheint der Grundsatz, dass es nur einen weiten und hindernisslosen Weg für den Luftstrom giebt und dass dieser der mittlere Nasengang ist, auffällig bewiesen.

Discussion:

Docent Roth bemerkt, dass die meisten Patienten bei Verstopfung des mittleren Nasenganges nie über verminderte Durchgängigkeit der Nase geklagt haben, wohl aber, wenn das Hinderniss sich im unteren Nasengange befand. Er unterscheidet ein actives Athmen und ein automatisches und glaubt, dass nur beim activen Athmen die Hauptmenge des Luftstromes den mittleren Nasengang passire.

Kayser (Breslau): Ich constatire zunächst mit Befriedigung, dass die Resultate der von Herrn Scheff vorgetragenen Versuche übereinstimmen mit meinen vor einigen Jahren gemachten Experimenten. Es ist mir aber seiner Zeit gelungen, diese Verhältnisse auch an Lebenden mit meiner Methode darzustellen, und zwar dadurch, dass ich mit Magnesiastaub beladene Luft einathmen liess. Damit erledigt sich der Einwand des Herrn Roth, dass die experimentell nachgewiesene Luftströmung nur bei forcirtem Athmen stattfinde.

Dr. M. Hajek: Scheff ist nicht der Erste, welcher die anatomischen Verhältnisse durch Abgüsse der Nasenhöhle und der Nebenhöhlen klarzustellen gesucht hat. Siebenmann in Basel hat schon vor Jahren Wachsausgüsse gemacht und dieselben demonstrirt.

Dr. Roth erwidert, dass er nur die pathologischen Fälle im Auge hatte und die Ergebnisse der Experimente durchaus nicht anzweifeln wollte.

Dr. G. Scheff nimmt das Schlusswort und erklärt, dass er durch Collegen Kayser jeder weiteren Erwiderung enthoben ist, da er sich den Auseinandersetzungen des genannten Collegen anschliesst.

13) Dr. Arthur Hartmann (Berlin) demonstrirt:

1) Frontale Serienschnitte durch die Nase des Fuchses.

2) Photographische Wandtafeln nach Präparaten seiner Sammlung: a) Deviationen der Nasenscheidewand, b) anatomische Verhältnisse des Sinus frontalis und des Ductus nasofrontalis; c) Anomalien der Highmorshöhle.

3) Instrumente: a) Doppelringzangen; b) Scheere zur Abtragung der unteren Muschel. Als Indication die Stenosirung und Herstellung eines freien Zuganges zur Zerstörung von Nasenrachentumoren; c) Bügel zur Befestigung der Nadeln für Electrolyse am Patienten.

14) Prof. Chiari: „Ueber Lymphosarcom des Rachens".

Auf Grundlage der Literaturangaben und zwei eigener, durch viele Monate bis zum Tode beobachteter Fälle giebt Chiari ein kurzes Bild dieser seltenen Erkrankung:

Sie beginnt mit der Bildung eines grösseren Tumors (namentlich gerne an der Mandel) oder einer Gruppe von dichtstehenden, kleinen Infiltraten an den Wänden des Rachens. Bald kommt es zum Zerfall, theils oberflächlichem, theils tiefgehendem. Die so entstandenen Geschwüre wurden oft für Diphtherie oder namentlich Syphilis [illegible]

Digitized by Google

sie heilen meist, wenn auch nur theilweise. Bald kommen aber neue Infiltrate. Dieselben persistiren, oder vereitern, oder verjauchen, oder schwinden auch (manchmal in wenigen Tagen) ohne jede entzündliche Erscheinung. Diese Processe spielen sich oft durch viele Monate an verschiedenen Orten des Rachens ab. Gewöhnlich werden die regionären Lymphdrüsen bald inficirt. Endlich kommt es zur Bildung grosser Tumoren im Rachen, Munde, Oberkiefer, zur Ausbreitung des Processes in die Orbita und Schädelhöhle und in den Larynx. Eiterungen, Jauchungen, Schling- und Athembeschwerden und oft cerebrale Erscheinungen führen endlich zum Tode nach einem Leiden von vielen Monaten bis über ein Jahr hinaus.

Die Diagnose ist bei längerer Beobachtung nach den obigen Angaben leicht. Besonders der Wechsel von Neubildung, Zerfall, Resorption ist characteristisch. Im Anfange leicht Verwechslung mit Syphilis. Es wird dann die Differentialdiagnose gegen Syphilis, Lupus, Tuberculose, Carcinom und Sarcom besprochen, wobei oft histologische Untersuchung ausschlaggebend ist, namentlich im Anfange. Als Therapie ist Arsen und palliatives, chirurgisches Eingreifen zu empfehlen.

15) Prof. Störk: „Ueber Lymphosarcom des Rachens und des Kehlkopfes".

Prof. Störk zeigt, dass durch die neuen Untersuchungsmethoden unsere Kenntniss um eine grosse Reihe von Krankheiten, die wir und alle anderen Aerzte falsch, und zwar bis in die jüngste Zeit unrichtig diagnosticirt haben, durch feinere anatomische und microscopische Untersuchungen klargelegt wurden. Durch die Erkennung des Rhinosclerom-Bacillus hat die grosse, unaufhaltbare und unheilbar gewordene Gruppe von Lues hereditaria ihre Einengung gefunden, oder, richtiger gesagt, auf die Diagnose Rhinosclerom zurückgeführt werden können.

Ebenso erging es mit der sehr oft undefinirbaren Diagnose von Scrophulose.

Man hat es kaum auszusprechen gewagt, dass starke, gesunde Menschen, die nie früher im Leben krank waren, nun ihre Drüsenschwellung und Drüsenvereitungen bekamen, unter der Flagge Scrophulose geführt und behandelt wurden, bis man endlich den Strahlenpilz fand, der durch eingeführte Speise, zerkaute Aehren oder Fruchtkerne in den Mund kam und mit den an ihnen haftenden Pilzen (Actinomycespilzen) das Individuum auf Jahre hinaus vergiftete oder, richtiger gesagt, an den unterschiedlichsten Stellen in den Drüsen des Unterkiefers zum Ausbruche kam.

In diese Reihe der bisher gar nie im Leben richtig diagnosticirten Erkrankungen gehört das Lymphosarcom.

Alle Fälle von Lymphosarcomen wurden bisher nur am Sectionstische oder in vivo nur durch Herausschneiden eines exulcerirten Tumors oder eines Partikels, und dann nur durch die microscopische Untersuchung erkannt.

Die Sammlung von Lymphosarcom-Präparaten und deren lichte und klare Beschreibung durch Prof. Kundrat hat es dem Vortragenden möglich gemacht, auch in vivo die Diagnose eines Initialstadiums zu erkennen.

Die zwei Fälle, die Prof. Störk in einem Separatabdruck aus der Wiener medicinischen Wochenschrift den Gästen der LXVI. Naturforscherversammlung übergab, finden in demselben, welcher gleichsam [illegible]schrift dient, eine genaue Beschreibung.

Digitized by Google

Discussion:

Docent Dr. Grossmann meint, dass in Anbetracht des Umstandes, dass er selbst vor zwei Jahren in wenigen Monaten drei Fälle — incl. des von Chiari citirten Albert'schen Falles — gesehen hat, Lymphosarcom in der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle allem Anscheine nach nicht selten vorkomme.

Eine grosse Aehnlichkeit findet er u. A. auch zwischen Actinomycose und Lymphosarcom. Als differential-diagnostisches Moment zwischen Syphilis und Lymphosarcom des weichen Gaumens hebt er die frühzeitige totale Paralyse beim letzteren Processe hervor.

Dr. M. Hajek hält die Vorträge der Professoren Chiari und Störk für sehr wichtig in Bezug auf die Erkenntniss dieser bisher so selten beobachteten Krankheitsformen. Bei der Demonstration eines Falles des Prof. Störk erinnerte sich Redner, dass er einen ähnlichen Fall, mit glasartiger Infiltration der hinteren Rachenwand und der Epiglottis sowie der aryepiglottischen Falte, seit längerer Zeit in Behandlung hat, den derselbe bisher nicht wusste, wie er ihn deuten sollte. Redner hatte etwas Aehnliches sonst nie gesehen.

Dr. Franz Spitzer theilt die Krankengeschichte eines Falles von Sarcom des Nasenrachenraumes mit, den er vom Beginn der Erkrankung bis zum Exitus beobachtet hat.

Prof Pieniaczek bemerkt, dass das Lymphosarcom der Mandeln früher viel seltener zu sein schien, als jetzt. Im Jahre 1874 war in der Literatur nur ein Fall von Billroth bekannt, seit der Zeit hat P. vier Fälle (drei, bei denen die Pharyngotomia lateralis ausgeführt wurde) gesehen. Ausserdem erwähnt er drei andere Fälle, die vielleicht der Lymphosarcomatose zugezählt werden dürften, wo aber die microscopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde, auch nach dem Tode die Necroscopie ausblieb.

Dr. L. Réthi (Wien) hat in einem Falle, bei dem die Tumormassen ihren Sitz hauptsächlich am Rachendach hatten und bei dem er dieselben ohne dauernden Erfolg auf blutigem Wege entfernt hatte, und Jodkali und Arsen ebenfalls ohne Erfolg gegeben wurden, mit einer 0,5procentigen Pyoctaninlösung Injectionen gemacht und ein rasches Schwinden des Tumors beobachtet. Es trat unter meningitischen Erscheinungen letaler Ausgang ein, doch wären bei der geringen Auswahl der zur Verfügung stehenden Mittel jedenfalls Versuche in dieser Richtung zu empfehlen.

Prof. Juffinger erwähnt, dass bei einem Falle, den er vom Beginne an zu beobachten Gelegenheit hatte, das erste Symptom häufige, jedoch geringe Blutungen aus der Nase und aus dem Munde war, und fordert auch auf, diesem Symptom besonderes Augenmerk zu schenken.

Dr. Thost bemerkt, dass ähnliche Fälle von malignen Tumoren der Tonsillen mit zahlreichen und mächtigen Metastasen gar nicht so selten vorkommen.

Prof. Chiari betont die Wichtigkeit der Unterscheidung des Lymphosarcoms von den Lymphomen, von der Leukämie und Pseudoleukämie etc., welche Kundrat in so klarer Weise durchgeführt hat.

16) Dr. M. Hajek: „Ueber Atrophie und Pseudatrophie der Nasenschleimhaut". Ueber das Verhältniss der Nebenhöhlenerkrankungen zu den Veränderungen der Nasenschleimhaut sind die Ansichten verschieden. Einige Autoren neigen der Meinung zu, dass bei der Ozaena häufig Nebenhöhlenerkrankungen vorhanden sind, andere und auch der

Digitized by Google

Redner glauben, dass das Gegentheil das Richtige sei. Nach der Ansicht des Vortragenden ist dieser Gegensatz der Anschauungen dadurch begründet, erstens, dass es atrophieähnliche Zustände in der Nase giebt, welche aber keine Atrophie repräsentiren. Ein anderer Grund mag darin liegen, dass einzelne Autoren jede erheblichere Secretion der Nasenschleimhaut unbedingt auf eine Nebenhöhlenerkrankung zurückführen, ohne indess hierfür den Beweis in einer jeden Zweifel ausschliessenden Weise erbracht zu haben. Insbesondere giebt es eine Form des klinischen Bildes, welche sehr leicht den Anschein erwecken kann, dass es sich nur um einen pseudatrophischen Zustand, theilweise sogar um Hypertrophie gehandelt hat. Thatsache ist, dass es sich bei der typischen Atrophie, wobei auch in dem mittleren Nasengange und an der mittleren Muschel keinerlei Hypertrophien vorhanden sind, nur sehr selten um eine Erkrankung der Nebenhöhle handelt. Wenn auch zuweilen in diesen letzteren Fällen Eiterknollen in dem mittleren Nasengang und in der anderen Partie der Fissura olfactoria vorkommen, so zeigt es sich dort bei genauer Untersuchung, dass dieser consistente eitrige Schleim doch nur an Ort und Stelle von der Nasenschleimhaut secernirt wird, was ja auch nichts Wunderbares ist, da ja die Nasenschleimhaut sehr reich an Schleimdrüsen ist. Schliesst man die zahlreichen Fälle von Psendatrophie aus, welche nicht zur typischen Ozaena führen, und geht man in der Annahme der Nebenhöhlenerkrankungen, insbesondere des Siebbeinlabyrinthes und der Keilbeinhöhle rigoros vor, dann decken sich die klinischen Beobachtungen so ziemlich mit den anatomischen Resultaten, welche zeigen, dass bei der Ozaena nur ausnahmsweise die Nebenhöhlen afficirt sind.

Discussion:

Dr. Baumgarten scheidet das klassische Bild der Rhinitis atrophica mit Ozaena von den häufiger vorkommenden scheinbaren Fällen von Rhinitis atrophica, die im Kindesalter bei Nebenhöhlenerkrankungen etc. vorkommen und im Gegensatze zur ersten Form heilen können.

Bresgen (Frankfurt a. M.) möchte die Atrophie nicht als bezeichnendes Merkmal ferner betrachtet wissen, da dieses Zeichen beim Lebenden immer nur sehr unbestimmt festgestellt werden kann; in den meisten Fällen handelt es sich nicht um eine vollkommene Atrophie, wo dann also durch Behandlung wohl eine Besserung der angenommenen Atrophie erzielt werden kann. Ein festes Anliegen der Schleimhaut auf dem Gerüste genügt jedenfalls nicht, eine Atrophie anzunehmen; die Schleimhaut muss vielmehr auch sehr verdünnt sich anfühlen. Ferner sollte man nicht sagen: Eiterung einer Nebenhöhle oder der Nasenhöhle, sondern Herdeiterung oder Flächeneiterung der Nase. Denn Herdeiterung im mittleren Nasengange kann nicht als Eiterung der Nase bezeichnet werden, während doch auch keine Nasenhöhle erkrankt zu sein braucht; es liegt vielmehr eine Herdeiterung vor, die zum Gegensatze eine Flächeneiterung hat. Die Diagnose einer Nebenhöhleneiterung sollte auch nicht durch eine Ausspritzung der Höhle gestellt werden; es müsste denn nach sorgfältiger Reinigung der Nasen- und Rachenhöhle noch so reichlich Eiter entleert werden, dass dieser zweifellos nicht aus Nasen- oder Rachenhöhle stammen kann.

Dr. M. Hajek: Ich halte daran fest, dass sich die Diagnose einer Nebenhöhlenerkrankung nur dann einwurfsfrei machen lässt, wenn nach gründlicher Reinigung der Nasenschleimhaut die Durchspritzung durch

Digitized by Google

eine in die Nebenhöhle eingeführte Canüle Eiterbeimengung im Spülwasser aufweist. Aus einer Beimengung von einigen Schleimflocken wage ich niemals auf eine generelle Erkrankung der Nebenhöhle zu schliessen.

17) Dr. Panzer (Wien): „Ueber tuberculöse Stimmbandpolypen".

Unter den tuberculösen Geschwülsten des Larynx sind die der Stimmbänder am seltensten beobachtet; an denselben finden sich meistens Infiltrate, die bald zerfallen. Von tumorartigen tuberculösen Bildungen am Stimmbande sind zwei Formen beschrieben: papilläre Wucherungen und polypenähnliche Gebilde. In der Literatur sind bisher 8 Fälle, die hierher zu zählen sind, beschrieben. Dazu kommen noch 3 Fälle, die aus der Ambulanz und Privatpraxis des Professor Chiari stammen. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein Stimmbandfibrom, das vor mehr als 2 Jahren operirt wurde und bei dem 4 Monate nach der Operation eine Recidive in der Form eines Polypen auftrat, bei dessen Untersuchung sich als Diagnose Tuberculose ergab. Seitdem ist Patient gesund geblieben. Beim zweiten Falle bestanden papilläre Excrescenzen auf dem linken Stimmband, die sich ebenfalls erst bei der histologischen Untersuchung als tuberculös herausstellten. Im dritten Falle war wieder ein anscheinend gewöhnlicher Stimmbandpolyp vorhanden gewesen, bei dem microscopisch die Zusammensetzung aus tuberculösem Granulationsgewebe nachgewiesen wurde.

Die beim ersten Falle circumscript auftretende Tuberculose dürfte auf locale Infection der Wunde zu beziehen sein. Die Fälle von „tuberculösen Polypen" würden wohl zahlreicher sein, wenn die Polypen, die exstirpirt wurden, histologisch untersucht würden. Die Behandlung soll in Abtragung der Tumoren und Aetzung der Wunde bestehen.

Discussion:

Thost meint, dass auch diese Fälle nicht beweisen, dass der Larynx primär und die Lungen secundär erkrankt seien, da nicht überimpft wurde, auch keine Probeinjectionen mit Tuberculin oder Tuberculocidin gemacht wurden.

Dr. Ronsburger fragt, ob das Sputum des Patienten untersucht wurde.

Dr. Panzer erwidert, dass ein Auswurf nicht vorhanden war.

Aronsohn (Ems und Nizza) glaubt zwei Fälle von primärer Larynxtuberculose gesehen zu haben. Bei dem ersten Falle war an der Lunge nichts Abnormes nachzuweisen, im Kehlkopf typische tuberculöse Geschwüre. Zwei Jahre später ist Patient von einem Specialcollegen, da an den Lungen nichts Pathologisches gefunden werden konnte, die schon sehr weit vorgeschrittene Affection im Kehlkopf als Lues gedeutet worden (obgleich Patient versicherte, nie Lues gehabt zu haben) und mit einer Quecksilbercur behandelt worden. Einige Wochen später starb Patient an der Kehlkopftuberculose. Der zweite Fall ist wiederholt von Schrötter untersucht, wiederholt auch von anderen bedeutenden Aerzten und Specialärzten (in Odessa, Kiew, Paris), und niemals wurde an der Lunge etwas Verdächtiges gefunden. Verwandte, auch eine Schwester des Patienten, sind an Tuberculose gestorben. Die Halsaffection des Patienten wurde von Schrötter wegen mangelnden Lungenbefundes nicht als Tuberculose gedeutet; alle anderen Specialcollegen, namentlich die den Patienten in Paris gesehen, und der Vorsteher der chirurgischen

Digitized by Google

Klinik in Paris, der den Patienten wegen Athemnoth tracheotomirte, erklärten die Halsaffection für tuberculös: dieser Diagnose schloss ich mich auch an, als ich den Patienten ein halbes Jahr später sah.

Dr. Koschier (Wien) erwähnt einen Fall von angeblicher primärer Larynxtuberculose, bei welchem doch bei der Section alte tuberculöse Narben gefunden worden sind.

Zugleich erwähnt er drei ähnliche Fälle von tuberculösen Stimmbandpolypen, die auf der Klinik operirt worden sind. Bei diesen lautete die Diagnose auf Tuberculose.

Chiari bemerkt zu Panzer's Fällen, dass er selbst einen dieser Polypen in Serienschnitte zerlegte und deshalb nicht auf Tuberkelbacillen untersuchen konnte, da alle Schnitte schon in Canadabalsam eingebettet waren.

Bei dem Falle Muhle sind deutliche Tuberkel vorhanden mit Riesenzellen; doch sollte man noch auf Bacillen färben.

Im dritten Falle, den Chiari selbst beobachtete und histologisch untersuchte, fanden sich im Sputum viele Bacillen. In den papillären Wucherungen Tuberkel mit Riesenzellen.

18) Dr. Hajek demonstrirt einen Fall von Tuberculose der Epiglottis, welche er total entfernte. Darauf erholte sich der Patient sehr und nahm um 20 Kilo zu, doch bildeten sich Lupusknoten an der Gesichtshaut.

Dr. Koschier hat den Fall vor drei Jahren gesehen und damals die Diagnose auf Lupus gestellt.

19) Dr. Adolf Heller (Nürnberg) stellt die principielle Frage zur Discussion, ob es selbstständige, rein primäre Erkrankungen des Kehlkopfes giebt? und welche?

Er ist der Ansicht, dass mit Ausnahme der traumatischen die Mehrzahl derselben secundär sind, entweder bedingt durch Allgemeinerkrankungen oder fortgeleitet von den oberhalb des Larynx gelegenen Luftwegen. Er möchte deshalb auch bei der Therapie auf die örtliche Behandlung der obersten Luftwege das Schwergewicht gelegt und das directe Eingehen mit Instrumenten in den Larynx nach Thunlichkeit beschränkt wissen.

Discussion:

Dr. Réthi spricht sich dagegen aus, dass die Catarrhe des Larynx stets mit Nasen- und Rachencatarrhen einhergehen, dass gutartige Larynxgeschwülste nur dann vorkommen, wenn diese genannten Organe erkrankt sind, und namentlich verwahrt er sich dagegen, dass es gelingen kann, durch Spülungen catarrhalische Schleimhautveränderungen zu beheben.

Aronsohn (Ems-Nizza) lässt in den meisten Fällen das Emser Wasser nicht in die Nase eingiessen, weder mit dem Theelöffel (M. Schmidt), noch mit einem der von B. Fränkel und Broich angegebenen Gläser, sondern empfiehlt, das Emser Wasser in Blutwärme langsam, sehr langsam und ruhig aufzuziehen, weil es nur so möglich ist, dass auch die hochgelegenen Nasen- und Pharynxtheile bespült werden. Beim Durchgiessen geht das Wasser längs des nach hinten und unten geneigten Nasenbodens und Zäpfchens in den Mund.

Bei Schwellungen der falschen Stimmbänder sind durch solche Proceduren selten Erfolge zu sehen; eher schon bei Pachydermien des Larynx, auch selbst bei den typischen schalenförmigen Verdickungen an dem Proc. voc. Contraindicirt ist das Aufziehen bei acuten oder chronischen infectiösen Entzündungen der Nase (Influenza).

Digitized by Google

Chiari glaubt, dass die Irrigationen allein nur sehr selten helfen.

Dr. Bloch (Freiburg i. B.) verwahrt sich gegenüber dem Vorwurfe Heller's, dass die Laryngologie den Zusammenhang mit der übrigen Medicin etwas zu sehr vernachlässige und verweist kurz auf seine 1889 erschienene Arbeit über die Pathologie der Mundathmung, welche sich bemüht, die bezüglichen Verhältnisse von allgemeineren Gesichtspunkten aufzufassen.

20) Goldschmid demonstrirt einen Patienten, der sich zufällig in Wien befindet, vor acht Jahren als schwer tuberculös behandelt wurde, ausser grossen Tumoren im Kehlkopf auch Allgemeinerscheinungen schwerer Tuberculose hatte. Die Tumoren waren so gross, dass häufige Suffocationserscheinungen eintraten. In einem solchen Anfalle wurde der Patient von Dr. Fischer (Meran) tracheotomirt. Von Stunde an trat ein Stillstand des schweren Processes, eine Rückbildung der Tumoren und ein Ausheilen des Lungenprocesses ein. Patient hat sich erholt, ist dick geworden, arbeitsfähig und kann seinem Berufe als Chemiker und Microscopiker nachgehen. Bacillen, die vor der Operation sich im Sputum zahlreich fanden, sind kurz nach derselben völlig geschwunden. Im Kehlkopf selbst sind allerdings immer noch Zeichen von localer Tuberculose vorhanden.

21) Prof. Dr. H. L. Wagner (San Francisco): „Ueber die Verwerthung des Antroscopes bei Erkrankungen der Highmorshöhle".

Demonstration eines Antroscopes.

Das Antroscop kann mit Vortheil in allen hartnäckig verlaufenden Antrum-Highmore-Erkrankungen benutzt werden, jedoch nur, nachdem die Alveolaröffnung in diese Höhle geschaffen ist.

Das Instrument bietet den Vortheil, dass es sich nach verschiedenen Richtungen hin — allerdings nur um eine Axe — drehen lässt, und man daher verschiedene Theile dieser Höhle untersuchen kann. Dasselbe erhält seine Beleuchtung von Reiniger's Panelectroscop.

22) Dr. Baurowicz (Krakau): „Scleroma laryngis sub forma sclerosis interarytaenoideae".

Es handelt sich in diesem Falle um eine seltene Betheiligung der hinteren Wand. Wegen der Schrumpfung des Infiltrates kam es zur vollständigen Annäherung der Aryknorpeln und Fixation derselben, so dass die Glottis eine sehr schmale Spalte bildete. Man hat endolaryngeal mit der Curette das Infiltrat wegnehmen wollen, wegen der starken Athemnoth aber hat man Tracheotomie machen müssen. Nach einigen Tagen hat man versucht, die Regio interarytaenoidea mit dem Kehlkopfmesser einzuschneiden, es traten die Aryknorpeln ein wenig auseinander und bewegten sich etwas. Da man aber gesehen hat, dass das endolaryngeale Curettement unzureichend wird, wählte man die Laryngofissur mit Auskratzen des Infiltrates. Die Aryknorpeln traten auseinander, blieben beweglich und die Glottis stellte eine normale Breite vor, so dass man nach einiger Zeit die P. decanüliren konnte.

23) Dr. Baurowicz (Krakau): „Einige Worte wegen der bacteriologischen Untersuchung des pathologischen Secrets der oberen Luftwege".

Man soll in allen Fällen der sogenannten Chorditis hypertrophica inferior, wenn man nichts hat, was uns für Sclerom spricht, aus dem Nasen- und Kehlkopf-Secrete Impfungen machen, auch im Falle, wo ein

Digitized by Google

untersuchtes Stück vom Kehlkopfe für Sclerom spricht, um dann nicht von primärer Form des Kehlkopfscleroms sprechen zu können. Wichtiger ist die Impfung in Fällen, wo das Stück von Chorditis hypertrophica untersucht keine charasteristische Structur für Sclerom zeigt, was sonst auch bei den typischen Veränderungen in der Nase oder dem Nasenrachenraum vorkommen kann. Auf diese Weise wird man sich überzeugen können, ob alle Fälle von Chorditis hypertrophica ihre Aetiologie im Sclerom haben. Der Vortragende hat sich überzeugt, dass die Impfungen direct auf Agar-Agar am bequemsten und am schnellsten sind; auf diesem Wege untersuchte er auch die herausgenommenen Stücke, ohne aber die histologische Untersuchung zu unterlassen.

Discussion:

Dr. M. Hajek: Ich kann der Untersuchung des Secrets allein nicht jene Beweiskraft beimessen, welche der Untersuchung und der Cultivirung der excidirten Stücke zukommt.

Es kommen schon normalerweise Kapselcoccen in der Nase und in den oberen Luftwegen vor, welche microscopisch nicht mit Sicherheit als Rhinosclerombacillen zu deuten sind.

Ich bin daher der Ansicht, dass, wo es nur möglich ist, der Beweis durch Excision der Stücke und Cultivirung letzterer erbracht werden soll.

Dr. Koschier glaubt, dass die bacteriologische Untersuchung des Nasensecretes, speciell jenes des Nasenrachenraumes, für die Sicherstellung der Diagnose auf Rhinosclerom massgebend sei. Ihm ist der culturelle Nachweis der Sclerombacillen im Nasensecret bei allen den von ihm untersuchten Kranken gelungen. Die Differentialdiagnose zwischen Sclerombacillen und gewöhnlichen Kapselcoccen (Friedländer) ist nicht so schwer, da genug differentialdiagnostische Merkmale zur Verfügung stehen.

Docent Dr. Grossmann: Die Frage, ob es ein primäres Sclerom des Larynx giebt, oder ob es nur immer consecutiv von der Nase sich fortsetzt, hat analoge Schwierigkeiten, wie die Frage, ob es eine primäre Larynxtuberculose giebt oder nicht. Mit Bezug auf die Erscheinung der Subchorditis vocalis hypertr. hebt er hervor, dass, wenn das Sclerom auch in der grössten Mehrzahl der Fälle unter dieser Erscheinung im Kehlkopfe auftritt, so kommt diese Erkrankungsform doch sehr häufig vor, wo es sich ganz bestimmt nicht um Sclerom handelt. Er verweist auf einen Fall, den er an der Klinik Schrötter vor vielen Jahren beobachtet hat, wo die unterhalb der Stimmbänder bestandenen Wülste sich fast in der Medianlinie berührt haben und wegen eminenter Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht werden musste. Nach wenigen Monaten sind die erwähnten Wülste unter dem Gebrauche der Canüle spontan geschwunden.

Chiari fragt, ob bei Grossmann's Fall nicht eine acute, catarrhalische, rothe Schwellung unter der Glottis vorhanden war. Diese Wülste gehen bekanntlich leicht zurück. Bei Pseudocroup sah Chiari solche Wülste öfters.

Prof. Dr. Juffinger macht aufmerksam, dass es bei einem alten, scleromatösen, subchordalen Infiltrate sich ereignen kann, dass die histologische Untersuchung exstirpirter Theile kein Scleromgewebe ergiebt, da in solchen Fällen der Process in den oberen Schichten abgelaufen und nur eine Vermehrung des Bindegewebes und Verdickung des Epithels zurückgeblieben ist.

Prof. Pieniaczek bemerkt, dass alle die Fälle, die Baurowicz besprochen, aus seiner Abtheilung stammen, und die waren wirklich nur

Digitized by Google

Scleromfälle, das berechtigt aber nicht zum Schlusse, dass jeder Fall von Chorditis hypertroph. infer. ein Sclerom ist. Vor Allem hat er bei Kindern nach mehrmals vorausgegangenen Pseudocroupanfällen eine chronische Wulstung der Schleimhaut unter den Rändern der Stimmbänder gesehen, dann hat er auch zwei Fälle bei Erwachsenen gehabt, wo wegen chronisch entstehender Stenöse bei Chorditis hypertroph. infer. die Tracheotomie ausgeführt wurde, und die Wülste verschwanden nachher binnen einigen Wochen. Bei Perichondritis, meint er, können Fälle vorkommen, die ganz das Bild der Chorditis hypertroph. infer. bieten, es sind seltene Fälle, wo die Unbeweglichkeit der Aryknorpel fehlt. Zuletzt erwähnt er, dass Fälle, die Störk als Blennorrhoe einst beschrieben hat, alle eine Rhinitis atrophica und meist Veränderungen im vorderen Glottiswinkel boten, während in keinem Hyperplasie unter den Rändern der Stimmbänder war.

24) Lichen ruber laryngis von Professer Juffinger (Innsbruck).

Professor Juffinger berichtet über eine Erkrankung des Kehlkopfes bei Lichen ruber acuminatus der Haut, und zeigt microscopische Schnitte, welche aus exstirpirten Theilchen angefertigt wurden.

Dieselbe trat in Form von Knötchen auf, die besonders am freien Rande der Epiglottis aufsassen, theils weisslich, theils lebhaft geröthet waren und sich derb anfühlten.

Microscopisch zeigte sich eine dichte Zellinfiltration der obersten Schleimhautentwicklung, welche sich besonders um die Gefässe herum localisirte.

Neue Untersuchungen über den Mechanismus der Kehlkopfmuskulatur.

25) Dr. Neumann recapitulirt vorerst seine Arbeit über die Bewegungen des Stimmbandes in der verticalen Ebene; er fand nämlich, dass bei Phonation das Stimmband — entgegen der allgemeinen Auffassung — nicht gehoben, sondern gesenkt werde.

Bezüglich des M. crico-thyr. fand er, dass er kein Adductur des Stimmbandes sei; ferner dass die Dyspnoe bei Recurrenslähmungen vermittelst Durchschneidung der oberen Kehlkopfnerven nicht zu heilen ist.

Er hatte nämlich Hunde, die nach Recurrensdurchtrennung am Leben blieben, andere die dyspnoisch wurden; das hing vom Temperamente, von der Unruhe des Thieres ab.

Wurde es aber dyspnoisch, so konnte man diesem Zustande nicht dadurch abhelfen, dass die beiden Mm. crico-thyreoid. durchschnitten wurden, und musste tracheotomirt werden.

Discussion:

Docent Dr. Grossmann. Dass das gelähmte Stimmband höher steht, als das nicht gelähmte, erscheint ihm aus anatomischen Gründen sehr überraschend. Das cricoaryt. Gelenk hat eine schiefe Ebene, und das Stimmband muss von unten aussen, nach oben innen gehen, wenn es adducirt wird. Der Musculus cricothyreoideus ist zweifellos nicht allein ein Spanner, sondern auch ein kräftiger Adductor.

Chiari glaubt nicht, dass der Cricothyreoideus hauptsächlich die Adduction der Stimmbänder bewirkt.

INHALT.

I. Originalien: Ostmann: Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen (Schluss). — Neumayer: Ueber einen Musculus thyreoideus transversus. — Gerber: Nochmals: Der Nasenstein ein Bacterienproduct. — von Stein: Der erste publicirte Fall einer Pharyngitis phlegmonosa acuta durch eine Meningitis purulenta complicirt. — Bergeat: Gummihütchen als Ueberansatz beim Politzer'schen Verfahren. — Gomperz: Bericht über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde" der 66. Vers. d. Naturf. und Aerzte in Wien. — Onodi: LXVI. Versammlung deutscher Naturf. und Aerzte in Wien. Laryngologische Section.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, November 1894. No. 11.

I. Originalien.

Zur Casuistik schwerer Complicationen der Otitis.

Von

Dr. **Paul Schubert**, Nürnberg.

I. Hirnabscess[1]).

Der 40jährige Arbeiter Heinrich W. trat am 20. November 1893 mit rechtsseitiger acuter Otitis media in Behandlung. Nach seiner Angabe hatte er vordem an doppelseitiger Schwerhörigkeit geringen Grades gelitten, jedoch niemals an Ohrenschmerzen oder Ohreneiterung. Vor 14 Tagen sei er im Anschluss an Influenza von heftigen Schmerzen am rechten Ohr befallen worden, habe bisher in Behandlung seines Hausarztes gestanden und das Ohr zeige seit gestern Ausfluss. Rücksprache mit dem Hausarzt ergab, dass dieser kurz vorher eine Paracentese vorgenommen hatte. Bei der Aufnahme bestanden noch Ohrenschmerz und leichte Druckempfindlichkeit des normal aussehenden Processus mast. Die Perforation war klein, die Secretion gering. Da die Schmerzen auf antiphlogistische Behandlung nicht wichen, wurde nach drei Tagen eine

[1]) Nach einem auf der Naturforscher-Versammlung in Wien gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

zweite ausgiebige Paracentese gemacht, worauf guter Eiterabfluss erfolgte und die Druckempfindlichkeit am Processus schwand. Der Spontanschmerz blieb jedoch bestehen, selbst als nach raschem Ablauf der Otitis die Perforation auffallend früh, schon in den ersten Tagen des December, sich schloss und die Schwellung des Trommelfells zurückging. Die Schmerzen strahlten gegen die Schläfe aus und kehrten mit wechselnder, aber im Ganzen unverminderter Heftigkeit trotz antineuralgischer Mittel täglich wieder. Obgleich das Hörvermögen sich gebessert hatte und das Trommelfell nur noch geringe diffuse Injection und keine Vorwölbung zeigte, so musste doch der andauernde Schmerz als Eiterretention gedeutet werden; es wurde daher in der ersten Woche des December zum dritten Male paracentesirt. Die Pauke erwies sich als vollkommen secretfrei, die Schmerzanfälle dauerten in gleicher Stärke fort.

Am 7. December wurde eine leichte rechtsseitige Abducensparese bemerkt, die sich am anderen Tage zur vollen Paralyse gestaltete. Es war damals schwerlich schon die Ansicht zu gewinnen, dass die Lähmung auf einer intercraniellen Complication der Otitis beruhe; denn die Paukenentzündung war geheilt, das Trommelfell abgeblasst, die frische Paracentese ohne Secret, das Hörvermögen entsprechend gut, der Warzenfortsatz ohne Schwellung und ohne Druckempfindlichkeit, der Augenspiegelbefund normal. Keinesfalls konnte aus den fortbestehenden rechtsseitigen Kopfschmerzen und aus der Abducenslähmung allein eine Diagnose geschöpft werden, die zu tieferem operativem Eingriff berechtigt hätte.

Patient blieb wenige Tage darauf aus der bisher ambulatorisch geführten Behandlung fort und ich sah ihn erst nach 10—12 Tagen wieder, als man mich am 24. December in seine Wohnung rief. Er lag in tief soporösem Zustand und gab nur auf sehr energisches Anrufen kurze, lallende, ganz unverständliche Antworten. Pupillen beiderseits gleich, sehr stark verengt, reactionslos. Cornealreflex erhalten. Puls zwischen 56 und 60 wechselnd. Athmung schnarchend, doch regelmässig.

Die Frau berichtet, dass der Kranke während der letzten Nächte oft wirr gesprochen und stets über starken Kopfschmerz geklagt habe. Oft hatte er Frost, doch niemals Erbrechen. Beim Drücken und Beklopfen der rechten Ohrgegend zeigt sich der Processus und Tragus unempfindlich, bei einer Stelle wenige Centimeter über dem Ansatz der Concha wird das Gesicht schmerzhaft verzerrt. Das Trommelfell der kranken Seite ist vollkommen blass, die Paracentese verheilt, auch im Meatus keine Schwellung, keine Senkung der oberen Wand.

Während der nächsten zwei Tage änderte sich das Bild nur insofern, als zeitweise Pulsbeschleunigung bis 94 und 104 eintrat und einige Male der Cheyne-Stokes-Athmungstypus beobachtet werden konnte. Auf kurze Augenblicke trat leichte Aufhellung des Bewusstseins ein; keine Nahrungsaufnahme, unwillkürlicher Urinabgang. Es gelingt, eine Empfindungs- und Bewegungslähmung der linken Oberextremität oder doch mit Sicherheit der linken Hand nachzuweisen. Während der rechte Arm und beide Beine auf Nadelstiche reagiren, bleiben linker Arm und Hand bewegungslos, die Hand verharrt stets in schlaffer Beugestellung. Facialis und Trigeminus arbeiten normal. Nach Beseitigung

Digitized by Google

der Myosis durch Homatropin konnte ein durchaus normaler Augenspiegelbefund festgestellt werden. Temperatur in maximo 37,7 anal.

Am 26. December kehrt gegen Abend das Bewusstsein zurück, am 27. ist das Sensorium frei, mit lallender Sprache wird viel geschwätzt, zuweilen Sinnloses. Es erfolgt Nahrungsaufnahme und spontane Urinentleerung. Die Pupillen sind mittelweit, gut reagirend, beiderseits gleich. Das Gesichtsfeld ist für Fingerbewegungen frei, Hemiopie kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die rechtsseitige Abducenslähmung besteht noch. Der linke Arm kann zwar bewegt werden, doch ist der Händedruck links sehr schwach, Nadelstiche werden an der linken Hand stumpfer empfunden als rechts. Kopfschmerz gering, doch starke Druckempfindlichkeit über dem Ohr. Puls 100. Urin zeigt Spuren von Eiweiss und neben vielen Uraten einige hyaline Cylinder.

Während der nächsten zwei Tage wechselten Sopor mit halbklarem Bewusstsein, ruhiger Schlaf mit lebhaften Delirien. Die Sprache war stets schleppend und lallend, aber nicht aphasisch. Die Lähmungserscheinungen und der fixirte Schläfenschmerz bestanden unverändert fort, Puls 96 bis 100, Temperatur in ano wieder 37,7.

Bei dieser Sachlage konnte die Diagnose eines Hirnabscesses ziemlich sicher begründet werden.

Die contralaterale Monoplegie und homolaterale Abducenslähmung wiesen deutlich auf eine Herderkrankung in der rechten Hemisphäre und sprachen gegen Auffassung des Sopors als Urämie, trotz der nachgewiesenen Nephritis. Hirnblutung, Embolie und Erweichungsherd konnten durch die starken Schmerzanfälle, zum Theil auch durch die Hirndrucksymptome ausgeschlossen werden. Ernsterer Frage konnte die Möglichkeit eines Hirntumors unterliegen. Der localisirte Kopfschmerz, insbesondere die streng auf einen Punkt dicht über dem Ansatz der Ohrmuschel beschränkte Druckempfindlichkeit sprach nicht für Tumor, bei dem solches Verhalten die Ausnahme ist, während es beim Hirnabscess häufig vorkommt. Dasselbe gilt von dem Mangel einer Stauungspapille, weil diese bei vorgeschrittenen Tumoren, wenn sie schon zu Sopor geführt haben, selten zu fehlen pflegt. Immerhin hätten beide Erwägungen nicht genügt, eine Entscheidung zu treffen, wenn nicht der ganze klinische Verlauf von dem einer Hirngeschwulst abgewichen wäre.

Vom Beginn des ersten Herdsymptoms bis zum Eintritt schwerer Hirndruckerscheinungen verflossen nur 17 Tage, ein Zeitraum, der schon für Hirnabscess ungewöhnlich kurz, für einen Tumor aber fast unerhört ist. Auch pflegt die Hirngeschwulst, wenn sie das Stadium des Hirndrucks erreicht hat, mit geringen Remissionen bei ihm zu verharren, keineswegs aber von einem Tage zum andern oder binnen weniger Stunden in raschem und häufigem Wechsel von Sopor zum Bewusstsein und wieder zurück zum Sopor zu führen. v. Bergmann legt auf dieses Schwanken der Hirndrucksymptome, das beim Hirnabscess öfter beobachtet wird, für die Differentialdiagnose ein grosses Gewicht[2]).

Im vorliegenden Falle erwuchs aus dem zunächst für die Diagnose erschwerenden Umstand, dass die Otitis glatt verlaufen und ohne Knochen-

[2]) Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. Berlin 1889. Hirschwald. Seite 76.

Digitized by Google

affection geheilt war, noch bevor das erste Herdsymptom auftrat, nach einer andern Seite hin eine wichtige diagnostische Stütze insofern, als die vorhandene Temperaturerhöhung nicht vom Ohr herrühren konnte, sondern auf einen versteckten Entzündungsherd bezogen werden musste. v. Bergmann's[3]) Ausspruch, dass beim otitischen Hirnabscess das Fieber für die Unterscheidung vom Hirntumor „so gut wie nichts" bedeutet, gilt durchaus für die gewöhnliche Sachlage beim otitischen Hirnabscess, wenn die Ohreneiterung noch fortbesteht; denn obgleich der Eiterherd im Ohr sehr oft fieberlos verläuft, so kann eine vorhandene Temperatursteigerung nicht für das Vorhandensein eines zweiten Eiterherdes als beweisend gelten, so lange die Möglichkeit gegeben ist, sie auf eine offenkundige Eiterung im Mittelohr oder im Warzenfortsatz zu beziehen. Im vorliegenden Falle konnte aber der übernormale Thermometerstand aus dem Befund am Ohr nicht erklärt werden, und da auch sonst am Körper keine Fieberquelle zu finden war, so sprach dieses Symptom entscheidend für die Diagnose des Hirnabscesses und gegen Tumor. Dass die Temperaturerhöhung sehr gering war, konnte nicht irre leiten, es genügte, dass sie sicher über der Norm lag. Analtemperaturen von 37,7 kommen beim gesunden Erwachsenen nicht vor.

Weiterhin konnte während des tiefen Sopors ein Zweifel bestehen, ob der Hirnabscess noch operirbar sei oder schon im Stadium des Ventrikeldurchbruches stehe. Das Erhaltensein der Reflexe, der Mangel von Schüttelfrost und Erbrechen sprachen gegen den Durchbruch. Die Enge der Pupillen wäre für diese Entscheidung nicht verwerthbar gewesen, da Knies[4]) bei Abscessdurchbruch in die Ventrikel Myosis, Körner[5]) im Gegentheil Mydriasis als Symptom anführen. Nachdem der Sopor gewichen war, musste der Entschluss zur Operation reifen.

Dass der Abscess im Schläfenlappen zu suchen sei, war aus der gekreuzten Lähmung der Hand zu schliessen, trotz des vereinzelt stehenden Falles von Gluck (Berliner klin. Wochenschrift 1891, pag 1146), in welchem ein Kleinhirnabscess als Brückensymptom contralaterale Hemiplegie verursacht hatte. Schwer verständlich war allerdings bei Annahme eines Schläfenlappenabscesses das Auftreten einer Abducenslähmung, insbesondere beim Freibleiben des Oculomotorius, in dessen Nachbarschaft der Abducens, dem Sinus cavernosus eingelagert, die mittlere Schädelgrube durchquert. Bei rein anatomischer Betrachtung wäre die Abducensparalyse geeignet gewesen, die Diagnose auf den Sitz im Schläfenlappen zu erschüttern und zur Annahme eines Herdes, eventuell eines zweiten Herdes im Kleinhirn oder der Brücke zu drängen, da der Abducens in der hinteren Schädelgrube weit exponirter gelagert ist, als in der mittleren.

Findet sich doch bei Mauthner (Vorträge aus der Augenheilkunde) bei Besprechung der fascicularen Lähmungen (S. 395) der scharf gefasste Satz: „Die reinen Fälle von Abducenslähmung mit contralateraler Extremitätenlähmung sind sehr selten. Tritt aber einmal ein solches Ereigniss

[3]) L. c. Seite 40.

[4]) Die Beziehungen des Sehorgans u. s. w. Wiesbaden, Bergmann. Seite 142.

[5]) Die otitischen Erkrankungen des Hirns. Frankfurt, Alt. S. 110.

Digitized by Google

ein, dann ist man berechtigt, einen Herd in der Brücke, eben dort, wo der Abducens durchläuft, zu supponiren."

Die klinische Erfahrung indessen, um die uns die Fälle von Hessler[6]) und Polo[7]) bereichert haben, lehrt das Vorkommen von Abducensparese bei Schläfenlappenabscess. Hessler's Fall ist in dieser Hinsicht beweiskräftig, während bei dem nicht obducirten Kranken Polo's das Vorhandensein einer Complication in der hinteren Schädelgrube nicht ausgeschlossen werden kann.

Bei meinem Patienten war der Sitz im Schläfenlappen um so wahrscheinlicher, als die Otitis ohne Erkrankung des Warzenfortsatzes verlaufen war und von der Pauke aus wohl Verschleppung der Entzündungserreger durch das Tegmen tympani in die mittlere Schädelgrube, aber schwerlich eine solche gegen das Kleinhirn oder die Brücke gedacht werden kann.

Es wurde also die typische Eröffnung des otitischen Schläfenlappenabscesses nach v. Bergmana (l. c. Seite 63 und 64) beschlossen und am 31. December ausgeführt.

Da der Kranke nicht transportfähig war, musste ich in seiner Wohnung operiren. Es assistirten die Herren Dr. Emmerich, Dr. Müller und Dr. Stiel. Nach Umschneidung eines viereckigen Haut- und Muskellappens von je 5 Ctm. Seitenlänge dicht über dem Ansatz der Concha werden die Weichtheile mit dem Periost losgelöst und gegen die Basis des Lappens nach oben hinaufgeklappt. Mit Meissel und Knochenzange wird durch die gesund aussehende dünne Schuppe eine runde, 3 Ctm messende Knochenlücke gebrochen. Die Dura ist stark gespannt, zeigt keinen Hirnpuls und bietet Fluctuationsgefühl. Ein Zweig der Meningea media zieht quer durch das Operationsgebiet. Schon beim ersten Einstich in die Dura quillt gelbgrüner Eiter hervor. Es zeigt sich die Dura mit einer wenige Millimeter dicken Hirnschicht fest verwachsen. Beim Ausspritzen der Abscesshöhle mit Sublimatlösung kommt der Eiter in grossen gallertartigen Flocken zu Tage, ähnlich einem schleimig-eitrigen Paukensecret. Der Eiter ist geruchlos. Die Dura wird über dem Abscess excidirt, es fällt die Kleinheit der Abscesshöhle auf in Anbetracht der schweren Hirndrucksymptome, welche vor wenigen Tagen bestanden. Die Tiefe der Abscesshöhle beträgt nur 2 Ctm. Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit fand nicht statt. Verband mit Drainage. Temperatur 36,4.

1. Januar 1894. Verbandwechsel. Drainrohr voll Eiter, sonst aber beim Ausspritzen sehr wenig Pus. Sensorium frei, Sprache lallend, grosse Schwäche. Temp. früh 38,1, Abends 38,2. Puls 116.

2. Januar. Wesentlich besseres Allgemeinbefinden. Temp. früh 36,9, Abends 37,7. Puls 104.

3. Januar. Zweiter Verbandwechsel. Wenig Eiter. Bewusstsein anscheinend klar, erzählt vernünftig aus alter Zeit, lobt die Wärterin, freut sich auf das Essen, hält aber beharrlich an dem Irrthum fest, dass neben seinem Bett eine Treppe in das Erdgeschoss hinabführe. Parese

---

[6]) Archiv für Ohrenheilkunde XXIII, Seite 111.
[7]) Citirt bei Körner, Seite 138.

Digitized by Google

und Hyperästhesie der linken Hand bestehen fort, ebenso die Abducensparalyse. Temp. früh 37,5, Abends 38,0. Puls 92.

4. Januar. Sensorium etwas schläfrig, doch giebt er richtige Antworten. Temp. früh 37,7, Abends 38,2. Puls 92.

5. Januar. Dritter Verbandwechsel. Geringe Absonderung. Urin jetzt frei von Eiweiss.

7. Januar. Allgemeinbefinden und Appetit gut. Zuweilen spricht er irre, sieht aber bald seine Täuschung ein. Verbandwechsel. Hartnäckige Obstipation wird durch Clysma gehoben. Puls dauernd 92 bis 96, Abendtemperaturen gegen 38, Morgenremissionen $^1/_2$—1 Grad.

9. Januar. Beim Verbandwechsel muss das Drainrohr gekürzt werden; in der letzten Nacht Delirien, Herausspringen aus dem Bett und Zusammensinken ausserhalb desselben. Andern Tags wieder klares Bewusstsein. Kein Kopfschmerz mehr seit der Operation.

11. Januar. Abendtemperaturen noch immer 38. Puls 92. Appetit und Allgemeinbefinden gut. Fast täglich kommen kurze Zwischenfälle mit wirren Reden, dann wieder klares Bewusstsein.

15. Januar. Bis heute jeden zweiten Tag Verbandwechsel. Eiter nur so viel, als der gesunden Granulationsbildung entspricht. Das Drainrohr wurde mehrfach gekürzt. Die Abendtemperaturen sind auf 37,7 gesunken, Puls 88. Patient verlässt zum ersten Male, von zwei Seiten gestützt, das Bett. Das linke Bein knickt dabei ein und der Kranke taumelt nach links. Die Patellarreflexe sind links etwas erhöht, der Fussclonus ist im Gegentheil rechts stärker. Der passive Widerstand ist am linken Bein deutlich schwächer als rechts. Der linke Arm sinkt bei ausgestreckter Haltung früher herab als der rechte, der linke Handdruck ist erheblich schwächer. Die Sensibilität lässt beiderseits keinen Unterschied mehr erkennen. Abducenslähmung dauert fort. Allgemeinbefinden befriedigend. Die Granulationen sehen gut aus.

19. Januar. Patient bringt 2 Stunden ausser Bett zu. Bewusstsein dauernd klar. Das bisher lückenhafte Gedächtniss bessert sich. Abendtemperatur 37,3. Puls 72.

22. Januar. Die Parese des linken Beines hat sich soweit gebessert, dass Pat. ohne Unterstützung gehen kann.

28. Januar. Nach längerer Fieberlosigkeit gestern wieder 38,2 Abends. Heute Schwindel, häufiges Erbrechen, Klingen im rechten Ohr. Die Granulationen sehen gesund aus, doch erscheint die ganze Wundregion leicht vorgetrieben, wie bei beginnendem Hirnprolaps. Die Umgebung der Wunde zeigt ein ganz geringes Oedem. In dem Rest der Wundhöhle pulsirender Reflex.

30. Januar. Kein Erbrechen mehr, aber dauernder Schwindel. Abendtemperatur 38,9. Puls 100. Wundödem geringer.

2. Februar. Abendtemperatur gestern 37,7 (Puls 84), heute 38,5 (Puls 104). Kein Kopfschmerz, kein Erbrechen, Schwindel gering. Kreuzschmerzen.

3. Februar. Schmerzen entlang der Wirbelsäule, beim Druck auf die Processus spinosi und bei Kopfbewegungen im Nacken. Uebelkeit, einmaliges Erbrechen. Grosse Unruhe in der Nacht, ängstlicher Gesichtsausdruck. Sensorium frei. Wundregion ohne Oedem und ohne Vorwölbung; Temp. 38,7. Puls 96.

Digitized by Google

5. Februar. Sehr unruhige Nacht, Schmerzen im Rücken und in der Stirn, Nackensteifheit geringen Grades. Appetitlosigkeit. Beim Blick nach links tritt Nystagmus auf. Gesichtsausdruck schwer leidend, Athmung beschleunigt. Wundregion wieder leicht vorgewölbt. Abendtemperatur 38,8. Puls 102. Im Urin kein Eiweiss, aber ca. 1 pCt. Zucker.

6. Februar. Patient spricht sehr viel und verworren, giebt aber auf Fragen richtige Antworten. Tremor der Extremitäten, Nystagmus auch beim Blick nach rechts. Pup. reagiren gut, doch ist die rechte etwas weiter als die linke. Nacken- und Kreuzschmerz dauern fort. Jactation, Bettdeckenzupfen. Temp. 38,3. Puls 130.

7. Februar: Exitus.

Section (Dr. Sigmund Merkel) 21 Stunden post mortem.

Kräftiger Körperbau mit starkem Panniculus. Dura an Stelle der Operation mit Schädeldach verwachsen. Beim Herausnehmen des Gehirns bleibt ein über wallnussgrosser, länglich runder Körper von 5 Ctm. grösstem Durchmesser an der inneren Operationsnarbe haften, indem er aus dem erweichten Schläfenlappen sich herauslöst. Beim Einschnitt erweist er sich als abgekapselter Abscess mit etwa 1 Mm. dicker Abscessmembran, die mit kurzem breiten Stiel der inneren Fläche der Operationsnarbe angeheftet ist.

Piavenen stark gefüllt, Gyri abgeplattet, Sulci verstrichen. Circumscripte purulente Septomeningitis auch der linken Sylvi'schen Spalte. Diffuse Septomeningitis der Basis. Seitenventrikel und IV. Ventrikel mit serös-eitriger Flüssigkeit gefüllt und erweitert. Hirnsubstanz weich ohne sonstige Herderkrankung. Im kranken Schläfenlappen rings um den abgekapselten Abscess ein Erweichungsherd.

In beiden Lungenspitzen alte narbige Knötchen; an der Aorta beginnende Sclerose. Milz von zerfliessender Consistenz. Die Nieren zeigen leicht chronisch-parenchymatöse Veränderungen. Beginnende fettige Degeneration der Leber.

Bei Section des Felsenbeins zeigen sich die Hirnblutleiter frei von Thrombose, die Oberflächen der Pyramide nach Abziehung der Dura frei von Entzündung; die Zellen des Warzenfortsatzes werden durchsägt, sie sind diploëtisch und gesund. An der Innenfläche der Dura haftet an der Operationsstelle rings um den mit kurzem breiten Stiel ansitzenden abgekapselten Abscess, sowie auch im Gebiete der Schuppe erweichte und mit den weichen Hirnhäuten und der Dura verwachsene Hirnsubstanz. Der Abducens wird in seinem Verlauf durch den nicht thrombosirten Sinus cavernosus freipräparirt und zeigt keine Veränderung.

Epicrise.

Das Bemerkenswerthe dieses Falles liegt in der Entstehung aus einer acuten, bei den ersten Anzeichen des Abscesses schon geheilten Otitis, in einigen selteneren, schwer zu deutenden Symptomen und in dem Vorhandensein eines zweiten, bei der Operation uneröffnet gebliebenen Abscesses, der trotz der Nähe der Operationswunde nicht in diese durchbrach, sondern durch Encephalitis und Leptomeningitis den Tod herbeiführte.

Dass eine acute Otitis zum Hirnabscess führt, ist an sich selten.

Digitized by Google

Nach Jansen (Berl. klin. Wochenschrift 1891, Seite 1162) kamen in Berlin auf 2650 acute Mittelohreiterungen 1 Hirnabscess, während bei annähernd der gleichen Zahl chronischer Otorrhöen (2500) 6 Hirnabscesse entstanden. Nach Grunert wird der otitische Hirnabscess in 91 pCt. durch chronische und nur in 9 pCt. durch acute Otitis bedingt. Noch bemerkenswerther wird die Aetiologie des geschilderten Hirnabscesses durch den Umstand, dass die acute Otitis ohne Mitbetheiligung des Antrums und ohne complicirende Otitis oder Periostitis glatt heilte und vollkommen abgelaufen war, als der Abscess aus der Latenz heraustrat. Die Literatur weist nur einen analogen Fall auf, den durch v. Bergmann mitgetheilten, unoperirt gebliebenen von Schmiedt (Metz). Der an gleicher Stelle erwähnte Gruber'sche Fall weicht insofern ab, als die acute Otitis den Warzenfortsatz ergriffen hatte, dann allerdings völlig geheilt war, bis der Abscess Symptome machte und binnen Kurzem zum Tode führte.

Der von Baginsky und Gluck (Berl. klin. Wochenschrift 1891, No. 48) beschriebene Fall ist zwar als geheilte Otitis angeführt, doch wird bei der Krankenvorstellung Fortbestand der Perforation, sowie „eine geringfügige, kaum nennenswerthe Absonderung" erwähnt. Das ist keine geheilte Otitis.

Die Abducenslähmung, welche bei der Diagnose so schwer mit einem Schläfenlappenabscess in Einklang zu bringen war, ist auch durch die Section nicht aufgeklärt worden. Da diese Paralyse das erste Herdsymptom war zu einer Zeit, als von Hirnödem und erhöhtem intracraniellen Druck noch nichts zu bemerken war, so kann an eine Fernwirkung auf die Kernregion am Boden des IV. Ventrikels nicht gedacht werden, selbst wenn man die Unwahrscheinlichkeit in Kauf nehmen wollte, dass ein Herd in der mittleren Schädelgrube durch Hirndruck lähmend auf einen einzelnen Kern in so entfernter Region zu wirken und alle anderen motorischen Centren unberührt zu lassen vermöge. Während seines Verlaufes durch die mittlere Schädelgrube ist der Abducens im Sinus cavernosus eingebettet und durch diesen geschützt. Da der Sinus von Thrombose frei blieb, ist eine Schädigung des Abducens in diesem Theil seines basalen Verlaufes ausgeschlossen. Man müsste also zur Erklärung des so frühen und isolirten Auftretens der Abducensparalyse beim Schläfenlappenabscess auf das fasciculare Gebiet des Nerven zwischen Kern und dem von der Theorie geforderten corticalen Centrum oder auf dieses Centrum in der Hirnrinde selbst zurückgreifen, wenn nicht der Umstand, dass die Abducenslähmung der gleichen Seite wie der Abscess angehörte, die Annahme einer jenseits der Kernregion gelegenen Störung als unmöglich kennzeichnen würde.

Die Abducenslähmung bleibt demnach unaufgeklärt. Knies (l. c. Seite 143) führt mehrere Beobachter solcher „paradoxen Fernwirkungen" an.

Während der letzten Lebenstage wurden Nystagmusbewegungen bei veabsichtigtem Seitwärtsblick wahrgenommen. Man darf dies wohl der bon Knies (S. 82—84) beschriebenen corticalen Form der „nystagmusähnlichen Zuckungen" anreihen, welche dieser Autor als eine Art Schüttellähmung in Folge nicht völlig aufgehobener, aber erschwerter Nervenleitung auffasst.

Digitized by Google

Der sub finem vitae aufgetretene Diabetes mag auf Ventrikleerguss beruhen.

Die Operation war erfolglos, weil ein zweiter, dicht benachbarter Schläfenlappenabscess den Tod durch Encephalitis und Leptomeningitis herbeiführte. Es fragt sich, ob der zweite Abscess zur Zeit der Operation schon bestand oder erst innerhalb der fünf Wochen nach der Operation sich entwickelt hat. Ersteres ist mehr als wahrscheinlich. Schon das bei der Operation als auffallend bemerkte Missverhältniss zwischen der Kleinheit der aufgefundenen Abscesshöhle und der Schwere der kurz vorausgegangenen Hirndrucksymptome nöthigt zu der Annahme, dass der uneröffnet gebliebene Abscess der Hauptübelthäter war; in gleichem Sinne muss der Fortbestand der Parese nach der Operation gedeutet werden.

Das Vorhandensein mehrfacher Hirnabscesse ist bei pyämischer und metastatischer Aetiologie häufiger, als bei rein otitischer Ursache. Gleichwohl scheint auch bei letzterer Form das Vorkommen eines zweiten Abscesses keinesfalls so selten zu sein, wie die von Körner (Seite 89) zusammengestellte Statistik zu beweisen scheint. Unter 10000 Ohrenkranken sah ich vier Mal Hirnabscesse, darunter zwei Mal Doppelabscesse, beide Male ohne Sinusvereiterung und ohne sonstige Herde, welche die Hirnabscesse als metastatisch zu deuten erlauben würden. (Vergl. Arch. f. Ohrenheilkunde Bd. XXX, Seite 61—62, und den vorliegenden Fall.)

Janssen[8]) verlor einen Abscessoperirten in ähnlicher Weise durch einen zweiten Abscess.

Auch der in der Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XXVI, veröffentlichte Fall von Knapp war ein Doppelabscess und stellt in mancher Hinsicht ein bemerkenswerthes Gegenstück zu meiner Operationsgeschichte dar. Bei Knapp war es der sich entwickelnde Hirnprolaps, welcher in Verbindung mit den begleitenden Symptomen zur rechtzeitigen Diagnose und zur lebensrettenden Operation des zweiten Abscesses führte.

Bei meinem Kranken legte der Fortbestand des Fiebers, der zögernde Rückgang der Lähmungen und die nach der Operation wochenlang, wenn auch mit verminderter Häufigkeit und Intensität wiederkehrenden Bewusstseinsstörungen den Verdacht eines zweiten Hirnabscesses nahe. Neben der relativen Euphorie, dem Schwinden von Kopfschmerz und von Hyperästhesie des linken Armes, dem zwar langsamen, aber doch unverkennbaren Rückgang der Handlähmung war es vor Allem das gute Aussehen der Operationswunde, welches trügerische Hoffnung nährte und von einem zweiten operativen Eingriff abhielt. Als später leichtes Oedem der Wundregion als erstes Alarmzeichen auftrat, folgten alsbald die Symptome der Leptomeningitis und das Stadium der ungünstigen Prognose.

Die alltägliche chirurgische Erfahrung lehrt, dass wachsende Abscesse gegen die Körperoberfläche drängen und dass sie in einen die Spannung von Haut und Fascien beseitigenden Einschnitt, auch wenn dieser nicht bis zur Eiterhöhle selbst geführt wurde, binnen Kurzem durchbrechen. Aehnliches darf man beim Hirnabscess, wie diese bedauer-

[8]) Berl. klin. Wochenschr. 1891, Seite 1160—63.

Digitized by Google

liche Erfahrung zeigt, nicht erwarten. Obgleich die Schädelkapsel ausgiebig eröffnet war, die Brücke zwischen beiden Abscessen nur wenige Millimeter betrug und das Drainrohr häufig manuell und wochenlang durch den Verband gegen diese Brücke angedrängt wurde, entleerte sich der Abscess nicht nach aussen, sondern bethätigte sein Wachsthum nach einer anderen Richtung. Körner (S. 88 u. 89) schliesst wohl mit Recht aus den ersten Anfängen der otitischen Hirnabscesse in der Hirnrinde und aus deren späterer Lagerung, dass sie excentrisch, und zwar centripetal wachsen.

Der Fall lehrt, dass nach der Operation eines Hirnabscesses bei Fortbestand des Fiebers und zögerndem Rückgang der Fernsymptome das Bestehen eines zweiten Abscesses anzunehmen und dessen Eröffnung zu versuchen ist.

II. Sinusphlebitis.

Carl S., 15½ Jahr, ein grosser, magerer, schmalbrüstiger Knabe, dessen Vater an einer acuten Lungenkrankheit gestorben sein soll, dessen Mutter gesund und kräftig ist, erkrankte 1891 an linksseitiger Otitis und wurde auswärts behandelt und geheilt. Narbige Veränderungen am linken Trommelfell und ein mittlerer Grad von Schwerhörigkeit dieser Seite blieben zurück.

Am 14. October 1893 trat er mit rechtsseitiger acuter, seit 8 Tagen bestehender Otitis media suppurativa in meine Behandlung. Der Verlauf war uncomplicirt, aber zögernd, bis zum 12. November. An diesem Tage traten unter Fiebererscheinungen heftige Schmerzen vor und in dem Ohr sowie am Processus mastoideus auf und eine leichte, auf Druck sehr schmerzhafte Schwellung über und vor dem Ohr, am Jochbogen.

Am 13. November wurde der Kranke in die Klinik aufgenommen und maass an diesem Abend 40,7. Puls 120.

Trotz ausgiebiger Erweiterung der etwas engen Perforation und antiphlogist. Behandlung beharrten die Abendtemperaturen auf 40,0 mit sehr geringen Morgenremissionen. Es wurde daher am 16. Novbr. zur Radicaloperation nach Zaufal geschritten. Die Weichtheile über dem Warzenfortsatz waren durch Eiter emporgehoben, der von vorn und oben herabzukommen schien. Unter dem Periost zeigte der Knochen gesundes Aussehen. Unter der dünnen Corticalis quoll nach den ersten Meisselschlägen Eiter hervor und es zeigte sich ausgedehnte cariöse Zerstörung bis hinab zur Spitze des Processus. Zur besseren Freilegung wird auf den bogenförmig um die Concha angelegten Weichtheilschnitt ein zweiter horizontal nach hinten geführt und die Corticalis über dem ganzen Processus entfernt. Darauf folgt Ausräumung des erweichten und mit Granulationen durchsetzten unteren Theils des Warzenfortsatzes und Entfernung der hinteren Wand des knöchernen Gehörgangs. Im oberen Wundwinkel tritt unter dem Temporalis Eiter zu Tage. Nach Ablösung der hinteren Muskelbündel und kräftigem Zug der Weichtheile nach vorn gegen die Schläfe tritt eine grössere cariöse Stelle in der Wurzel des Jochbogens zu Tage und wird mit Knochenzange und scharfem Löffel entfernt. Die Knochenerweichung greift von der Gegend des Antrum so weit nach oben, dass die Dura der mittleren Schädelgrube bei der

Digitized by Google

Ausräumung sichtbar wird und in einer Ausdehnung von 3 Ctm. in der Richtung von vorn nach hinten und von 2 Ctm. Höhe freigelegt werden muss, an der Stelle, wo die untere Wand der mittleren Schädelgrube in die laterale übergeht. Die Dura bietet normales Aussehen, doch drängt sich der Schädelinhalt sehr stark in die Knochenlücke vor. Ein mit schwacher Sublimatlösung benetzter Wattebausch wird auf die harte Hirnhaut gelegt und alsdann die Caries medianwärts gegen die Pauke verfolgt. Der breit angelegte Zugang zum Antrum gestattet, Amboss und Hammer in Granulationen eingebettet zu sehen und sie zu entfernen. In der Richtung nach hinten ist die Operation noch nicht auf gesunden Knochen gestossen, vielmehr zeigt sich nun bei weiterem Vordringen, dass die Caries auch bis zur hinteren Schädelgrube fortgeschritten ist. Zwischen Knochen und Sinus dringt Eiter hervor, es muss der quere Blutleiter in einer Ausdehnung von etwas mehr als 3 Ctm. blossgelegt werden. Die Sinuswand zeigt sich missfarbig und collabirt, so dass vereiterte Thrombose anzunehmen ist.

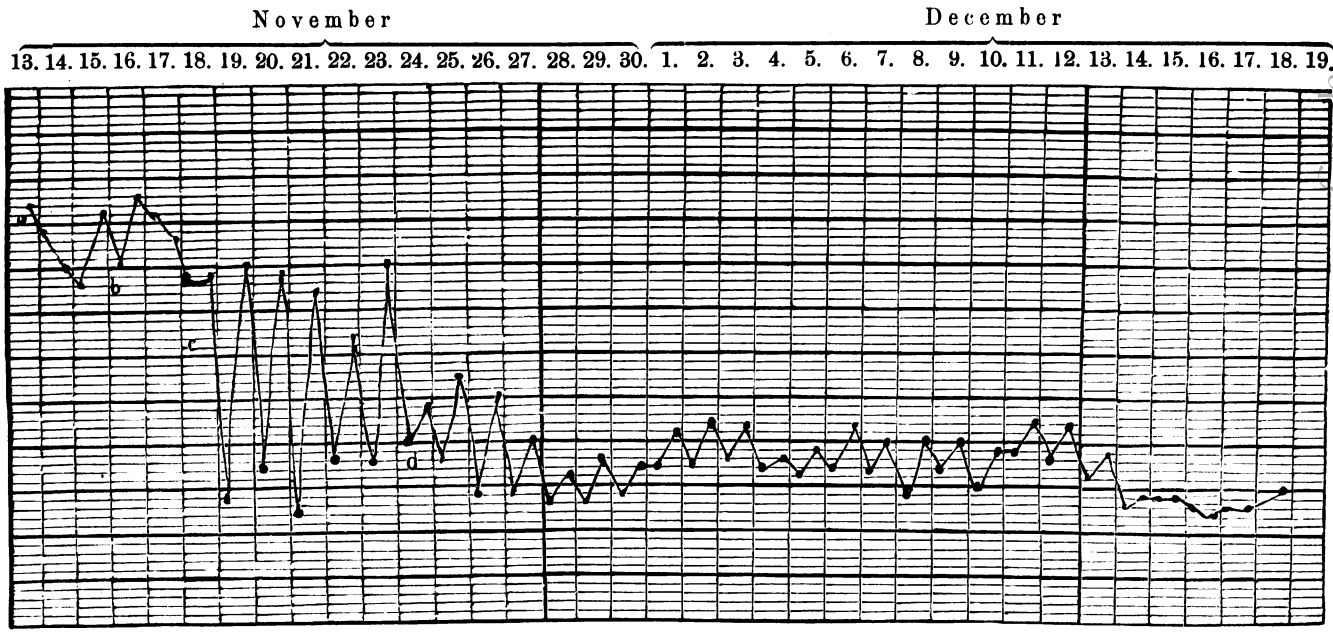
Nachdem die Caries allseitig verfolgt und entfernt worden war, bis die grosse Wundhöhle überall gesunden Knochen erkennen liess, stand die Operation vor einem Wendepunkt. Dass der Sinus transversus in Angriff genommen werden musste, war sicher. Andererseits erregte die starke Vorwölbung der Dura aus der mittleren Schädelgrube den dringenden Verdacht, dass der Schläfenlappen einen klinisch latent verlaufenen Abscess bergen könnte. Da ein operativer Eingriff am Sinus sehr leicht zu einer starken Blutung und Unterbrechung der Operation führen konnte, so entschloss ich mich, zunächst eine Probepunction des Temporallappens vorzunehmen und dann erst an den Sinus zu gehen. Mit einem Graefe'schen Staarmesser wurde ein etwa 2 Ctm. tiefer Einstich schräg nach abwärts in der Richtung gegen das Tegmen tympani gemacht. Es kam kein Eiter, wohl aber eine in flachem Bogen spritzende dunkel-venöse Blutung, die weder durch die Unterbindungspincette zu fassen war, noch durch Jodoformgaze-Compression gestillt werden konnte. Es blieb nur übrig, die Operation zu unterbrechen und einen Jodoformgaze-Compressionsverband anzulegen, der ja auch starke Sinusblutungen zu beherrschen vermag[9]). Operationsdauer 2 Stunden. Chloroformverbrauch nur 30,0 (mit Kapeller's Apparat). Die Temperatur stieg am Abend nach der Operation auf 40,8, Puls 130, Athmung 44.

17. November: Schmerzen im Ohr und grosse Unruhe, aber klares Bewusstsein, kein Erbrechen, keine Herdsymptome. Facialis intact. Temp. früh 40,6, Abends 40,3, Puls 124, Athmung 32. In der Nacht vom 17. zum 18. Novbr. tritt ohne äusseren Anlass Nasenbluten auf, was auf Thrombose des Sinus petrosus bezogen werden könnte. Morgentemp. am 18. Novbr. 39,9. Es wird der Verband entfernt, die Blutung aus der mittleren Schädelgrube steht. Eine Probepunction des missfarbigen schlaffen Sinus transversus mit der Pravaz'schen Spritze entleert trübe blutige Flüssigkeit; darauf wird der Sinus, soweit er zu Tage liegt, 2,8 Ctm. lang gespalten. Als Inhalt findet sich krümliger, schwach blutiggefärbter Eiter, der mit dem scharfen Löffel von der necrotischen

[9]) Vergl. Fall IV meiner Casuistik im Archiv für Ohrenheilk., Bd. XXX, Seite 57.

Digitized by Google

Temperatur-Curve:



a. Paracentese.
b. Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.
c. Sinus-Ausräumung.
d. Abscess-Spaltung.

Digitized by Google

Sinuswand abgeschabt wird. Der Irrigation mit Sublimatlösung folgt alsbald ein breiter, aber nur in ganz flachem Bogen mit schwachem Druck fliessender, dunkel-venöser Blutstrom aus dem Sinus. Compressionsverband. Beim Anlegen der Binde wird zum ersten Male ein schmerzendes, bis zur Clavicula hinabreichendes Oedem und darunter eine harte Anschwellung im Gebiete der Jugularis interna bemerkt. Beides war vor dem operativen Eingriff nicht vorhanden. Angesichts dieser tief hinabreichenden Thrombose der Jugularis interna konnte eine Unterbindung derselben nicht mehr in Frage kommen.

Die Abendtemperatur war 39,9. Nachts Unruhe und starker Schweiss, kein Frost. Einzelne leicht blutige Sputa erwecken Verdacht auf Lungenmetastase, doch ist auf der Lunge nichts nachweisbar und die Athmung der Temperatur entsprechend.

Am 19. Novbr. tritt zum ersten Male ein Temperaturnachlass auf 37,4 ein; Puls 76. Während der nächsten Tage wechseln hohe Abend- mit nahezu normalen Morgentemperaturen in steiler Curve, so dass erst jetzt der Typus des pyämischen Fiebers hervortritt (siehe Temperaturcurve); auch jetzt fehlen Schüttelfröste, das Allgemeinbefinden ist verhältnissmässig befriedigend.

Am 22. Novbr. stiess sich beim Verbandwechsel ein Knochensplitter vom unteren Wundrand der Fossa sigmoidea ab. Wiederholt wird über Schmerzen in einzelnen Zehengelenken geklagt, ohne dass objectiv etwas nachweisbar wäre. Oedem und Härte an der Jugularis bestehen fort.

Am 24. Novbr. findet sich beim Verbandwechsel über dem rechten Auge zwischen temporalem Supraorbitalrand und Haargrenze eine 2 bis 3 Ctm. messende, flach vorgewölbte, fluctuirende schmerzende Stelle, die unter Aetherspray incidirt wird, wobei sich reiner Eiter entleert. Es war dies die erste und einzige Metastase im ganzen Krankheitsverlauf. Auf der rechten Halsseite nahmen Schmerz und Geschwulst am unteren Halsdreieck über der Clavicula zu und erforderten Eisbeutel. Das Fieber fiel vom Tage der Spaltung des Abscesses auf der Stirn stetig, bewegte sich aber noch bis zum 13. December um 38. Wiederholt stiessen sich in dieser Zeit Sequester aus der Fossa sigmoidea ab. Die Wundhöhle hat am 29. Novbr. noch eine Breite von 8 Ctm und granulirt gut.

In diesen Tagen erregte eine im Missverhältniss zur niederen Temperatur stehende Pulsfrequenz von 120 bis 130 Besorgniss, weil sie als Zeichen von Vagusparese, verursacht durch die Thrombose der Vena jugularis, aufgefasst werden konnte. Unter dem Einfluss von Strophantustinctur besserte sich aber der Puls binnen Kurzem; das Allgemeinbefinden war in der Reconvalescenz überraschend gut. Anfang Januar trat eine entzündliche Schwellung unter der Spitze des Processus mast. auf, die später abscedirte und eröffnet wurde. Oedem und Härte in der Seitenhalsgegend bis herab zur Clavicula gingen ohne Eiterbildung zurück. Am 15. Januar konnte der Kranke aus der Klinik entlassen werden. Im Laufe der nächsten Monate stiessen sich durch eine Fistel, deren Lage dem Sinus transversus entsprach, noch wiederholt kleine Sequester ab, während die übrige Wundfläche, mit Einschluss der Pauke, glatt epithelisirt war und trocken blieb. Erst Anfang September schloss sich auch diese Fistel dauernd.

Der Inhalt des vereiterten Sinus zeigte im Deckglaspräparat schöne

Digitized by Google

Streptococcenketten, welcher Pilz auch in Reincultur aus dem Sinus-Eiter gewonnen wurde. Auch in dem letzten im Januar unterhalb des Proc. mast. entstandenen Abscess fanden sich Streptococcen. Klinisch macht aber der ganze Process den Eindruck einer tuberculösen Knochenerkrankung, obgleich es nicht gelang, Tuberkelbacillen nachzuweisen. Zur Zeit (Ende November) ist das Befinden und Aussehen sehr gut, vom Hausarzt aber wurde in jüngster Zeit Spitzendämpfung nachgewiesen.

III. Otitische Pyämie ohne Sinusphlebitis.

Fredi B., 14 Jahr, erkrankte am 20. Januar 1893 nach Halsentzündung an rechtsseitiger acuter Otitis media. Am 21. war das Trommelfell hochroth und nicht perforirt, es bestand Fieber. Da am 24. die Schmerzen gross und der Eiter noch nicht durchgebrochen war, so machte ich die Paracentese. Dabei schnellte der Knabe so plötzlich vom Sitze empor, dass die Nadel mir aus der Hand geschleudert wurde und im Bogen durch das Zimmer flog. Die Paracentese war dennoch gross genug und Nebenverletzungen konnten nicht wahrgenommen werden. An den folgenden Tagen bestand der Schmerz unvermindert fort, trotz Antiphlogose und salicylsaurem Natron; der Warzenfortsatz war druckempfindlich, ohne Schwellung und Röthe. Am 27. sind die Schmerzen geringer, der Umgebung fällt ein schläfriger Zustand und wiederholtes Frösteln auf. Am 28. kehrt das Frostgefühl wieder, und das bisher um 39 sich bewegende Fieber steigt Abends auf 41. Dabei ist der Schmerz im Ohr und am Processus geschwunden, die Eiterung gut im Gang, ein Abflusshinderniss nicht zu finden. Am 29. früh Temp. 38,5, Abends 40, am 30. Januar Schmerz in der Schlüsselbeingegend. Der Hausarzt, Herr College Schilling, findet acute Endocarditis und Metastase im rechten Sternoclaviculargelenk, das geschwollen und überaus empfindlich ist. Mein Rath ging, trotzdem der Processus zur Zeit ganz unempfindlich war, anf Eröffnung des Warzenfortsatzes und Freilegung des Sinus, dessen Thrombose als Ursache der Pyämie angenommen werden konnte. Angesichts der Endocarditis erklärte jedoch College Schilling den Kranken für nicht chloroformirbar. Die Behandlung bestand in Chinin und Eisbeutel. In den nächsten Tagen traten Schmerzen im rechten Schultergelenk und am 2. und 3. Dornfortsatz der Halswirbel auf, begleitet von hohen Abendtemperaturen mit Morgenremissionen.

Die Erscheinungen am Ohr nahmen einen unerwartet günstigen Verlauf; es traten keine Schmerzen an der kranken Kopfseite mehr auf und die Perforation schloss sich schon am 5. Februar dauernd. Bald darauf ging auch das Fieber und die Endocarditis zurück, und die Metastasen im Schlüsselbein und Schultergelenk gelangten ohne Eiterung zur Resorption. Am 7. März kommt der Knabe, sich als geheilt vorzustellen; das Trommelfell ist blass, ohne Narbe, Flüstersprache 6 bis 7 Meter.

Epicrise.

Das Krankheitsbild, welches Körner (l. c. Seite 78—83) von der otitischen Pyämie ohne Sinusphlebitis entwirft, erfährt durch diesen Fall mehrfache Bestätigung. Das Auftreten bei acuter Otitis, der günstige Verlauf ohne operativen Eingriff, der Sitz der Metastasen in den Gelenken, besonders in den von Körner als Lieblingssitz angegebenen Schulter-

Digitized by Google

und Sternoclaviculargelenken, passt durchaus in das aufgestellte Schema. Der Verlauf hat gezeigt, dass Warzenfortsatz und Sinus von Eiterung frei waren und dass die beabsichtigte Operation normale Theile freigelegt haben würde. Es verdient Dank, dass Körner durch seine Arbeit diese Form der „osteophlebitischen Pyämie" den Augen der Fachgenossen näher gerückt hat. Die Fälle sind vielleicht nicht so überaus selten, doch scheinen sie zuweilen sehr milde zu verlaufen und nur durch eine oder durch wenige gutartig verlaufende Metastasen gekennzeichnet zu sein, in einer Form also, die sich weder dem Gedächtniss einprägt, noch der Veröffentlichung werth erscheint. Hierher gehört mein Fall 17 im Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. XXX, Seite 62. In noch milderer Form verlief ein dritter von mir gesehener Fall. Nach acutem Mittelohrcatarrh, der binnen wenigen Tagen ohne nennenswerthe Schmerzen und ohne Betheiligung des Warzenfortsatzes heilte, entstanden kurz nach Schluss der Perforation Röthe, Schmerz und Schwellung in einigen Fingergelenken, die ohne Abscedirung heilten; der Hausarzt fasste dies als vom Ohr herrührende Metastasen auf. Ich glaubte, im Consil dieser Annahme widersprechen zu müssen, weil die entzündlichen Erscheinungen im Ohr schon geheilt waren, als die Gelenkentzündung auftrat. Heute möchte ich auch dieses Vorkommniss der osteophlebitischen Pyämie zurechnen.

Gestielte Exostosen neben der Spina supra meatum.

Von

Dr. **Otto Koerner**, Frankfurt a. M.

Anna D., ca. 20 Jahre alt, litt an Cholesteatom im linken Antrum mastoideum. Bei der Operation, welche ich am 4. Juni d. J. mit den Collegen Rödiger und von Meyer vornahm, fanden wir am Eingang des knöchernen Gehörgangs eine hanfkorngrosse gestielte Exostose, die aussen neben der Spina supra meatum sass. Im Uebrigen erschien der Knochen äusserlich unverändert, erwies sich aber beim Meisseln bis zum Antrum, in welchem das Cholesteatom lag, sclerotisch.

Wenige Wochen später assistirte ich dem Collegen von Wild bei einer Zaufal'schen Operation an dem rechten Ohre einer jungen Dame. Auch hier fanden wir an dem äusserlich unveränderten, aber sclerotischen Knochen eine gestielte Exostose von nahezu der gleichen Beschaffenheit und Grösse wie in dem ersten Falle. Dieselbe sass ebenfalls unmittelbar neben der Spina, aber nicht an ihrer äusseren, sondern an der inneren Seite, also schon im Gehörgange.

In beiden Fällen hatte vor vielen Jahren eine eiternde Fistel hinter dem Ohre bestanden und noch jetzt waren die davon herrührenden Hautnarben sichtbar.

Dieser Umstand legte den Gedanken nahe, die Exostosen könnten an der ehemaligen Durchbruchsstelle des Eiters durch die Knochenhaut entstanden sein als ein Product der Reizung am Rande der Oeffnung. An den Stellen, an welchen die Neubildungen sassen, sind ja Fisteln im Knochen nicht selten.

In der Literatur habe ich keinen ähnlichen Fall gefunden.

Digitized by Google

Zur Operation der adenoiden Vegetationen.

Von

C. Ziem.

Gelegentlich meiner vor 7 Jahren veröffentlichten Mittheilung über Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers[1]) habe ich auch Operationen im Nasenrachenraum unter Beihilfe des Fingers kurz erwähnt. Wenn schon W. Meyer adenoide Vegetationen mittelst in die Nase eingeführter Instrumente und unter Controle des Fingers entfernt hat, so ist es meines Erachtens ein Rückschritt, derartige Operationen blindlings, d. h. ohne Controle, sei es des Spiegels, sei es des Fingers, vorzunehmen, so wie das verschiedene Operateure noch heute thun. Obwohl die Operation der genannten Wucherungen mittelst in die Nase eingeführter Instrumente sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern von einer Reihe von Autoren verworfen worden ist, z. Th. auch aus dem Grunde, dass das Verfahren ein sehr schwieriges sei und eine besonders grosse Geschicklichkeit erfordere[2]), nicht à la portée de tout le monde sei et ne saurait entrer dans la pratique vulgaire[3]), so habe ich demgegenüber schon zu verschiedenen Malen erklärt, dass die Entfernung der Wucherungen durch die in die Nase eingeführte Schlinge und unter Controle des Zeigefingers mir vortreffliche und schnelle Erfolge ergeben hat[4]), und ich füge jetzt hinzu, gewiss auch einem Jeden ergeben wird, der sich auf die Palpation ein wenig einübt und gewillt ist, seinen Kranken so schnell als möglich zu helfen: denn letztere Absicht besteht bei manchen angeblichen Specialisten entschieden nicht. Was ich über die meines Erachtens beste Ausführung der Palpation gesagt habe, das soll hier nicht im Einzelnen wiederholt werden und es sei nur kurz bemerkt, dass dieselbe nicht gewaltsam geschehen darf[5]); über die Ausführung der Operation selbst sei jedoch noch Einiges angeführt. Zu derselben benutzte ich früher den geraden, für die Galvanocaustik bestimmten, umwickelten Schlingenträger Voltolini's, den ich je nach Bedarf gebogen habe; doch ist derselbe für die Nase kleinerer Kinder zu dick und ich habe mir deshalb vor einigen Jahren einen sehr feinen Schlingenträger anfertigen lassen, dessen beide Röhren nebeneinanderliegend zusammen 3 Mmtr. Durchmesser besitzen, jede für sich einzeln, d. h. von oben nach unten gemessen, daher nur 1,5 Mmtr. Die Röhre wird nach jedem Gebrauch ausgekocht, dann ebenso wie die bei der Operation zu benutzende Drahtschlinge mit feinem Glaspapier ab-

---

[1]) Diese Monatsschrift 1887, No. 8.

[2]) Journ. de médic. et de chirurg. prat. 1891, pag. 713.

[3]) Annales des maladies de l'oreille 1894, No. 5, pag. 526.

[4]) Luc et Ruault's Arch. de Laryngologie 1891, pag. 326; Therapeut. Monatshefte 1892, August und December, über Palpation des Nasenrachenraums u. s. w.

[5]) Es freut mich zu sehen, dass auch Mr. Lermoyez, der über mein Bemühen, der Palpation zu ihrem Rechte zu verhelfen, absprechende Bemerkungen noch unlängst gemacht, die Bedeutung der Palpation nun gleichfalls erkannt hat und zu einem, dem meinigen äusserst ähnlichen Verfahren der Palpation gekommen ist. (Vergl. Annales des maladies de l'oreille 1894, pag. 767.)

Digitized by Google

gerieben. Natürlich löst sich nach mehrmaligem Kochen die Umwickelung von den Röhren ab, so dass ich eine Zeit lang auf die distalen Enden der Röhren zum Zwecke der Fixirung derselben einen feinen elfenbeinernen Schieber aufgesetzt habe. Doch hat sich auch das nicht recht bewährt, eben so wenig das Ueberschieben eines feinen Gummischlauchs, der doch zu viel aufträgt, auch nicht sicher fixirt. Besser ist es, durch mehrere verschiebbare Ringchen von feinem Zinkdraht, der beim Kochen nicht rostet, die Röhren zu fixiren, oder man umwickelt auch vor jeder Operation die Enden mit einem neuen, starken Seidenfaden, was ja schnell zu machen ist. Ein für allemal zusammenlöthen habe ich die Röhren deshalb nicht lassen, weil denselben die und die, für den Einzelfall erforderliche Biegung dann nicht mehr so leicht gegeben werden kann; aus demselben Grunde, auch von der Anwendung von Doppelröhren abgesehen. Von Wichtigkeit ist es, die Schlinge besonders bei jüngeren Kindern nicht zu gross zu machen, sonst kann man damit nicht leicht oder überhaupt nicht in den Nasenrachenraum eindringen, sondern stösst gegen die Choane an, was natürlich Schmerzen verursacht. Der mit der Schlinge armirte Träger wird in einen der zahlreich vorhandenen, so oder so benamseten Schlittenapparate eingesetzt, die Schlinge in sagittaler Richtung und mit leichter Hand in die Nase eingeführt, dann, sowie sie in den Nasenrachenraum eingedrungen ist, was man deutlich fühlt, transversal gestellt, mittelst des in den Nasenrachenraum schnell eingeführten linken Zeigefingers um die Wucherung herumgelegt, zugeschnürt und mit einem leichten Ruck zurückgezogen, worauf die Wucherung entweder von selbst und an der Schlinge hängend mitkommt oder mittelst der Druckpumpe herausgeschwemmt wird. Nun wird die andere Seite vorgenommen, entweder in derselben oder in einer nächsten Sitzung. Bei dem Umlegen der Schlinge um die Wucherung geht man natürlich so hoch wie möglich hinauf, um ein möglichst grosses Stück zu erlangen und es ist hier, besonders bei Behandlung von Kindern, die auf dem Schoosse gehalten werden, zuweilen von Nutzen, auf ein Knie sich niederzulassen, um von unten her besser beizukommen. Ebenso erhält man beim Abreissen mittelst eines leichten Ruckes nicht selten ein grösseres Stück, als man mit der Schlinge umschnürt hat, ein Verfahren, das ich in einem von Voltolini auch beschriebenen Falle von Nasenrachentumor[6]) im Jahre 1884 bei Voltolini gesehen, das von Hopmann[7]) und von Michelson[8]) vor mehreren Jahren gleichfalls gerühmt und auch bei multiplen Nasenpolypen, wie von Hopmann so auch von mir mit Erfolg angewendet wird und welches einen weiteren, nicht unwesentlichen Vortheil gewährt gegenüber der an und für sich schon viel umständlicheren Glühschlinge, auch bei der Operation der in Rede stehenden Wucherungen. Findet man, dass die eingeführte Schlinge um die Geschwulst nicht herumgelegt werden kann, weil die Biegung des Schlingenträgers nicht die richtige oder die Schlinge selbst difform geworden ist,

---

[6]) Die Krankheiten der Nase u. s. w. 1888, S. 452.
[7]) Diese Monatsschrift 1888, No. 1, S. 16.
[8]) Inaugural-Dissertation von Max Migge über Nasenrachenpolypen. Königsberg 1891.

Digitized by Google

so ist es besser, die Schlinge offen und leer zurückzuziehen, als einen doch missglückenden Versuch der Abschnürung zu machen; man giebt dem Instrumente dann einfach eine andere Biegung oder bringt die Schlinge in Ordnung und geht nun nochmals ein. Das Eingehen mittelst fehlerhaft gebogener Röhren kann man auch dadurch vermeiden, dass man einen biegsamen Kupferdraht oder dergl. in Nase und Nasenrachenraum zuvor einführt, dessen Lage zur Wucherung man durch Palpation controlirt, ihn nöthigenfalls entsprechend biegt und hiernach die Biegung des Instrumentes regelt. In der beschriebenen, sehr einfachen, wohl jedem Arzte und was für das dringend nöthige Wiederzusammenfassen künstlich auseinander gezerrter Gebiete wichtig ist, auch jedem Augenarzt zugänglichen Weise holt man oft sofort haselnussgrosse Stücke heraus und kann die Operation öfters in einer Sitzung vollenden. Doch habe ich so auch sehr kleine, noch nicht halberbsengrosse Wucherungen entfernt, die trotz ihrer Kleinheit Störungen in der Athmung durch die Nase, vermuthlich durch eine Art von Erection ihres Gewebes (W. Meyer) in der Rückenlage der Betreffenden, oder nasalen Beiklang der Sprache, die Unmöglichkeit, das französische on oder Wörter wie Tonkin und Hongkong gut auszusprechen, herbeigeführt hatten. Mit der Schlinge nicht mehr zu fassende Reste entferne man mittelst des Trautmann-schen Löffels. Das jüngste Kind, bei welchem ich Vegetationen beseitigt habe, war zwei Jahre alt. Kleine Kinder und unverständige grössere müssen natürlich in der bekannten Weise festgehalten und ihr Mund durch einen quergestellten Spatel oder dergl. auseinandergesperrt werden. Die Narcose oder Bepinselungen der Nase und des Nasenrachenraums mit Cocain habe ich hierbei niemals angewendet; gegen letzteres spricht auch noch der Umstand, dass weiche, gefässreiche Vegetationen nach Cocainisirung abschwellen können und dann schwieriger zu fassen sind. Nach der Operation spüle ich mittelst meiner demnächst zu beschreibenden luftdichten Druckpumpe Nase und Nasenrachenraum gründlich aus. Das im Gegensatze zu glücklicheren Autoren von Anderen und mir selbst, in einigen Fällen, gesehene Auftreten von, übrigens bald geheilter, Eiterung des Mittelohres führe ich nicht auf diese Durchspülung zurück, sondern auf das von manchen Kranken nachweislich vorgenommene gewaltsame Schnauben bald nach der Operation, wodurch aus der in diesen Fällen so oft erkrankten Nase Eiter in das Mittelohr hineingetrieben worden ist. Nach derartigem gewaltsamen Ausschnauben habe ich übrigens kürzlich auch in einem Falle, wo Reste von Wucherungen mittelst des Trautmann'schen Löffels von mir entfernt worden waren, eine nicht unbedeutende Nachblutung aus der Wunde gesehen.

Danzig, den 18. Juni 1894.

Digitized by Google

Bericht
über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde" der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wien vom 23. bis 30. September 1894.

Von

Dr. **B. Gomperz,**

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität,

II. Schriftführer der Section.

(Schluss aus No. 10.)

Gemeinsame Sitzung

der Abtheilungen für interne Medicin, Chirurgie, Psychiatrie und Neurologie, Ohrenheilkunde, Laryngologie und Rhinologie vom 25. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Bergmann.

7) Schubert hält seinen in der Section für Ohrenheilkunde angemeldeten Vortrag: Ein Fall von Hirnabscess nach Otitis media acuta.

Der ausführliche und vielfach erweiterte Vortrag ist in dieser Nummer der Monatsschrift enthalten.

III. Sitzung vom 26. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Zaufal.

8) Prof. G. Gradenigo (Turin): Partielle erworbene Tontaubheit[1]).

Gradenigo theilt drei neue von ihm beobachtete Fälle partieller erworbener Tontaubheit mit. In einem dieser Fälle war die Erkrankung congenital oder entstand in frühem Kindesalter, im zweiten handelte es sich um Neuritis des N. acusticus, möglicher Weise in Folge eines intracraniellen Gumma, im dritten wahrscheinlich um eine traumatische Hämorrhagie in der Schnecke.

9) Dr. Gomperz: „Ueber die Erkennung der Vorwölbung des Bulbus venae jugularis in die Paukenhöhle beim Lebenden."

Bisher sind fünf Fälle von lebensgefährlicher Blutung nach Paracentese des Trommelfelles durch Anstechen des in die Paukenhöhle vorragenden Bulbus venae jugularis veröffentlicht von Gruber, Ludewig, Hildebrandt, Seligmann und A. Brieger, der letztere mit tödtlichem Ausgange. Zur Verhütung dieses Ereignisses empfiehlt Vortragender die genaue Inspection des Trommelfelles vor jeder Paracentese und schildert die Symptome dieser Anomalie bei nicht entzündetem Trommelfelle auf Grund seiner in dieser Richtung angestellten Beobachtungen; blaue Verfärbungen in der unteren Hälfte des Trommelfelles, welche nach Sitz, Ausdehnung und Farbe nichts mit dem Schlagschatten der runden Fensternische gemein haben, gehören nicht zu den Seltenheiten. Man findet den blauen Fleck meist kreisabschnittförmig oder biconvex, immer

[1]) Der Vortrag erschien in extenso in der internationalen klin. Rundschau, 4. Novbr. 1894.

Digitized by Google

sich der unteren Trommelfellperipherie anschliessend, die Convexität nach oben und vorne wendend. Der Vortragende beschreibt hierauf eingehend zwei besonders markante Fälle, ferner stellt er einen Knaben vor, dessen Trommelfell den Typus des Bildes darbietet, das die Vorragung des Bulbus jugularis in die Paukenhöhle erzeugt. Schliesslich empfiehlt er, zu erwägen, ob nicht im Hinblick auf die Gefahr des Anstechens des Bulbus bei entzündetem, also undurchsichtigen Trommelfelle die Paracentese im vorderen unteren Quadranten, von hinten nach vorne gerichtet, vorgenommen werden sollte.

Prof. Jos. Gruber bemerkt, dass an dem Patienten, den der Vortragende von seiner Klinik erwähnte, zuerst vom Assistenten an dem gleichen Tommelfell die Paracentese gemacht wurde, ohne dass Blutung eintrat; erst als die zweite nothwendig gewordene Paracentese ausgeführt wurde, trat die Blutung ein. Gruber glaubt, dass, wenn in dem Falle die blaue Entfärbung am Trommelfelle dagewesen wäre, er sie wahrscheinlich gesehen hätte. Seiner Meinung nach lag das angestochene Gefäss tiefer in der Trommelhöhle und konnte nicht gesehen werden.

Brieger hat auch ein, dem von Gomperz beschriebenen Bilde ähnliches gesehen, nur reichte in seinem Falle der vordere Contour des Bulbus jugularis nicht in den vorderen unteren Quadranten hinein.

Zaufal glaubt, man solle bei einer solchen Blutung sich nicht damit begnügen, blos bis an's Trommelfell zu tamponiren; er würde kleine Tampons durch die Lücke hindurch bis an die verletzte Stelle führen.

Prof. Politzer hat Hämorrhagie in der Trommelhöhle nach der Paracentese des Trommelfells durch Anstechen der den Nerv. Jacobsonii begleitenden Vene gesehen.

Habermann sah Dehiscenz am Paukenhöhlenboden mit Vorragung des Bulbus jugularis, der in die Paukenhöhle bis zum horizontalen Bogengang reichte; an demselben war ebenfalls eine Dehiscenz wahrzunehmen.

10) Delstanche demonstrirt einen sehr sinnreich construirten Apparat (Injecteur à répétition) zur Ausspülung des oberen Trommelhöhlenraumes, der den Vortheil hat, mit einer Hand dirigirt werden zu können.

Zweitens ein ringmesserförmiges Instrument zur Herausnahme des Hammers, mit dem zugleich die Sehne des Tensor tympani durchtrennt werden kann.

Drittens ein Instrument zur Herausnahme des Ambosses, ferner Instrumentchen zur Herausnahme von Polypen aus dem äusseren Gehörgänge und einen Masseur zur progressiven Verdichtung und Verdünnung der im Gehörgange vorhandenen Luft, einen spiralförmigen Watteträger zum Tamponiren des Ohres und der Nase; einen Apparat zum luftdichten Verschluss des äusseren Gehörganges; schliesslich einen Blaseballon mit Doppelventil zur Verdichtung der Luft im äusseren Gehörgange.

11) Dr. Hartmann (Berlin) demonstrirt:

a) Seinen dreieckigen einfachen und Priessnitz'schen Ohrverband. Derselbe besteht aus einem dreieckigen Stück schwarzen Stoffes mit Schleife an der oberen Ecke, Bändern an beiden unteren Ecken. Die Schleife wird über den Scheitel gelegt, das vordere Band unter dem Unterkiefer weg auf der entgegengesetzten Seite des Kopfes durch die Schleife gezogen und mit dem hinteren um den Hinterkopf gelegten Bande verbunden.

Digitized by Google

b) Photographische Wandtafeln von ganzen Serien microscopischer Ohrpräparate, Horizontalschnitten und Verticalschnitten.

c) Instrumente.

12) Dr. O. Brieger: „Ueber otitische Hirnabscesse".

B. bespricht an der Hand seiner Beobachtungen die Abweichungen, die bei den durch chronische Mittelohreiterung inducirten Hirnabscessen gegenüber dem gewöhnlichen klinischen Bilde sich ergaben und erörtert besonders die Bedeutung der ophthalmoscopischen Veränderungen, welche in einem von ihm beobachteten geheilten Falle sich auffallend langsam zurückbildeten. Brieger betont ferner den Werth der Untersuchung des Harns auf Pepton für die Erkennung endocranieller Eiterungen und empfiehlt die Punction des Cerebrospinalsackes für die Differentialdiagnose gegen Meningitis. Vortragender berichtet eingehend über einen durch Spontanabfluss des Abscesseiters aus einer in der oberen Gehörgangswand gelegenen Fistel geheilten, später an Sinusthrombose verstorbenen, durch die Section verificirten Fall, sowie über eine ähnlich zu Stande gekommene dauernde Heilung.

Dr. Schubert: Die zwei Formen der Neuritis nervi optici sind: a) einfache Neuritis mit capillarer Hyperämie der Sehnervenscheibe und leichter Verschleierung der Papillengrenze. Diese Form kommt bei Otitis nicht allzu selten vor, ohne indess immer mit intracraniellen Complicationen verbunden zu sein. Diese Form ist es auch, welche am häufigsten bei Hirnabscessen gefunden wird, b) Stauungspapille mit starker Prominenz der Papille; diese Form geht immer mit intracranieller Drucksteigerung einher, und kommt bei Hirntumor sehr oft, in zwei Drittel aller bis zum Tode beobachteten Fälle vor; bei Hirnabscess kommt diese Form nur ausnehmsweise vor, wohl deshalb, weil die Druckerhöhung nicht so lang zu dauern und nicht so stetig zu sein pflegt als bei Tumor.

Professor Politzer fand öfter fieberlosen Verlauf bei Hirnabscessen. Er schildert mehrere Fälle, bei denen plötzliche schwere Hirnsymptome mit Exitus lethalis eintraten, nachdem bei den Patienten mit Ausnahme eines seit längerer Zeit bestehenden fixen Kopfschmerzes entsprechend dem Sitze des Abscesses keine anderen Hirn- oder allgemeinen Symptome beobachtet worden wären. P. legt auf diesen fixen Kopfschmerz im Zusammenhange mit den anderen Symptomen grosses Gewicht. Stauungspapille hat P. auch bei nicht mit Cerebralaffection complicirten Mittelohreiterungen zuweilen beobachtet.

Dr. O. Brieger betont gegen eine diesbezügliche Bemerkung Schubert's, dass er die Heilung durch Spontanabfluss des Eiters ebenfalls für ein ganz exceptionelles Vorkommniss halte. Er habe sogar in einem Falle gesehen, dass die Communicationsöffnung sich wieder verlegte und der Abscess sich wieder füllte. Es sei nothwendig, den Communicationsweg, wo man ihn finde, so breit freizulegen, dass für dauernden freien Abfluss des Eiters gesorgt ist.

Reinhard (Duisburg) bemerkt zu dem vom Vortragenden erwähnten sogenannten „spontan ausgeheilten" Fall von otitischem Hirnabscess, dass er denselben während fast 6 Monaten in der Hallenser Ohrenklinik habe beobachten können; er betraf einen 12jährigen Knaben mit linksseitiger chronischer Otorrhoe und cerebralen Erscheinungen, bei welchem der Verdacht auf Hirnabscess begründet war und bei dem

Digitized by Google

die Trepanation des Schädels sowohl über dem Schläfenlappen als auch die über dem Kleinhirn mit jedesmaliger nachfolgender Probepunktion in der Hirnsubstanz, aber mit negativem Erfolg gemacht wurde. Der Knabe ging an allgemeiner Cachexie und terminaler Basalmeningitis zu Grunde; die Section ergab ausser letzterer in der linken Kleinhirnbemisphäre eine pflaumengrosse längliche Höhle ohne Inhalt mit derben, von Leisten durchzogenen, schmutzig-gelben Wandungen. Um Missverständnissen vorzubeugen, bemerkt R., dass die Heilung sich hier nur auf den localen Herd des Hirnabscesses bezieht — eine Beobachtung, die gewiss vereinzelt in der Literatur verzeichnet steht —, dass der Patient aber schliesslich doch an den Folgen seiner chronischen Otorrhoe endete.[2])

Dr. Roller (Trier) erwähnt einen Fall von Spontanheilung eines Gehirnabscesses, den er anatomisch untersuchte. Ueber die Vergangenheit des Falles ist ihm Nichts bekannt, jedoch lag eine acute Krankheit in der letzten Zeit nicht vor. Der anatomische Befund ergab: eine Fistel am Halse, zwei Knochensequester am Schläfenbeine, Obliteration des Hirns und bindegewebige, theilweise Ausheilung einer Hirnabscesshöhle.

Professor Urbantschitsch erwähnt einen Fall von Caries des Schläfebeines, bei dem die vorgenommene Eröffnung und Auskratzung des mit Granulationen erfüllten Atticus und des Antrum mastoideum auf einige Wochen eine bedeutende Besserung der vorhanden gewesenen Erscheinung von Schmerz und Fieber ergab. Später erfolgten Anfälle von Agraphie und die Unmöglichkeit, sich mündlich verständlich zu machen, indem der Patient ganz unverständliche Worte gebrauchte; ausserdem traten spastische Erscheinungen an der rechtsseitigen Extremität auf; die Anfälle zeigten sich nur vorübergehend und schwach oscillirend. Die Section ergab ausgebreitete Meningitis ohne Spur eines Herdes im linken Schläfenlappen. Offenbar waren die Symptome durch vorübergehendes Oedem entstanden, wie auch Urbantschitsch einen Fall von oscillirend auftretender Erblindung und Ertaubung beobachtete, wobei die Section acutes Gehirnödem nachwies.

An der Discussion betheiligt sich noch Professor Gruber unter Anführung einer Reihe höchst interessanter Fälle. So beobachtete er einen Hirnabscess, in dessen Verlauf Taubheit und Blindheit auftraten, welcher sich auf dem Wege des äusseren Gehörganges unter ganz markanten Erscheinungen und unter Verbreitung eines eigenthümlichen, bei Hirnabscessen wahrnehmbaren üblen Geruches entleerte. Weiter erwähnt Gruber, einen Hirnabscess beobachtet zu haben, welcher sich an eine ausgeheilte eiterige Mittelohrentzündung ohne merkliche Erscheinungen anreihte und schon einige Monate später innerhalb weniger Tage unter stürmischen Erscheinungen zum Tode führte. Gruber erwähnt weiters zwei an Lebenden diagnosticirte Fälle, bei denen er die Eröffnung mit Erfolg machte, insofern es sich thatsächlich um Entleerung von Abscessen handelte.

Dr. Barnik erwähnt einen Fall von operativer Eröffnung eines Gehirnabscesses bei chronischer Eiterung, wobei ein halber Löffel Eiter entleert wurde und Heilung eintrat.

---

[2]) Vergl. Arch. f. Ohrenh. Bd. 29, pag. 266—168.

Digitized by Google

IV. Sitzung vom 27. September, Vormittags,
an der Ohrenklinik des k. k. allgemeinen Krankenhauses.
Vorsitzender: Dr. Schubert.

13) Prof. Gruber bespricht eine Reihe sehr seltener Fälle, welche an seiner Klinik zur Behandlung kamen, von denen besonders einer, mit Ausstossung der linksseitigen Schnecke, Interesse erregte; Gruber demonstrirte durch Prüfung mit Stimmgabeln und Hörrohr Gehörswarnehmung an der linken Seite, fand aber Widerspruch seitens Politzer, Gradenigo und Scheibe.

Ferner demonstrirt Prof. Gruber folgende Präparate:

a) Einen Fall angeborner Missbildung an beiden Ohren (Microtie mit Mangel des Gehörganges), wo der Befund an den verbildeten Ohrmuscheln darauf hindeutet, dass die bei der Geburt des Kindes gefundene mehrfache Umschlingung der Nabelschnur um den Kopf das veranlassende Moment war.

b) Einen Auricularanhang (Appendix). An der rechtsseitigen Ohrmuschel befindet sich dort, wo das untere Drittel des Helix mit dem mittleren zusammentrifft, eine rudimentär entwickelte, am hinteren Helixrande aufsitzende, von Knorpel gestützte zweite Ohrmuschel.

c) Eine rechtsseitige Ohrmuschel mit auf das Fünffache vergrössertem Antitragus, welcher als mächtige, nahezu 2 Ctm. lange, von Knorpeln gestützte Klappe nach hinten und aussen gerichtet ist. Am linken Ohr befindet sich die gleiche Missbildung, aber schwächer.

d) Die beiden Ohrmuscheln einer 25jährigen Kranken, an denen die Darwin'schen Fortsätze als 5 und 7 Mm. lange, durch Knorpel gestützte, mit normaler Cutis überzogene Fortsätze nach oben ragen. Nach der Lehre Darwin's würde dieser Zustand gleichsam als atavistisch aufzufassen sein.

e) Die Photographie von einem fünfjährigen Knaben, der mit einer überzähligen Ohrmuschel in der linken Halsgegend geboren wurde. Da diese rudimentäre Ohrmuschel immer grösser wurde, war es der Wunsch der Eltern, dass sie entfernt werde. Die Operation gelang vollständig, es wurde die Muschel, welche mit einem ungefähr 1 Ctm. langen Stiel in der Tiefe der seitlichen Halsgegend wurzelte, entfernt. Die Wunde heilte in wenigen Tagen ohne Eiterung.

f) Ein Präparat mit einer angeborenen Lücke im Trommelfell, wie sie gewiss nur ausserordentlich selten vorkommen mag und welche dem Kranken bei dem Umstande, dass neben anderen Anomalien im Schlunde die Rachenmündung der Eustachi'schen Röhre total verwachsen war, von ausserordentlichem Nutzen gewesen sein muss, insofern durch diese Lücke die Ventilation der Trommelhöhle ermöglicht wurde, welche sonst auf dem Wege der Eust. Röhre stattfindet, und dadurch auch die für die Function höchst wichtige Stellung und Spannung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen erhalten blieb.

g) Die photographische Abbildung einer höchst seltenen Missbildung des Ohres, wie sie Gruber bis jetzt nur zwei Mal sah. Die Kranken zeigten ausser der mangelhaften Entwicklung des Gehörorganes auch noch angeborene Lähmung der mimischen Muskeln derselben Seite, an welcher die Missbildung des Ohres vorkam, was auf mangelhafte Ent-

Digitized by Google

wicklung der Gesichtsnerven zu beziehen ist. Bei beiden Kranken sass die Muschel, welche die Form eines sogenannten Katzenohres hatte, tiefer als die normale der anderen Seite; der knöcherne Gehörgang fehlte, wie durch die Palpation nachweisbar war, vollkommen. Bei beiden bestand Asymmetrie der Gesichtshälften und über dem Katzenohre eine ausgesprochene Vertiefung, welche vorne vom aufsteigenden Aste des Unterkiefers, hinten vom Proc. mastoideus begrenzt wird. Bei dem schon früher beobachteten Patienten bestand an der kranken Seite vollkommene Taubheit, während der zuletzt Beobachtete die Taschenuhr nicht hört, ebensowenig die vor dem Ohr der kranken Seite tönende Stimmgabel, bei dem aber der Weber'sche Versuch positiv ausfällt. Sensibilität und Geschmacksempfindung sind bei beiden Kranken normal. Bei dem ersten der Kranken nahm Gruber auf Wunsch des Patienten die Amputation der Ohrmuschel vor, wodurch in cosmetischer Beziehung sehr viel gewonnen wurde.

Gruber versuchte auch einen künstlichen äusseren Gehörgang anzulegen, musste aber von diesem Vorhaben abstehen, nachdem er auf 1 Ctm. in die Tiefe vorgedrungen war, weil er an dieser Stelle ganz unregelmässig entwickelte Knochentheile vorfand und ein weiteres Vordringen leicht das Leben des Kranken hätte gefährden können.

Ein Fall, welcher sich diesen eben besprochenen anreiht, wurde von Moos und Steinbrügge beschrieben. Diese Beobachter fanden an der Leiche eines 11 Monate alten Kindes bei vollkommenem Mangel der Gebilde des äusseren und mittleren Ohres den Canalis Fallopiae in seinem horizontalen und absteigenden Theile total knöchern obliterirt.

Der Vortragende ist in der Lage, an einem Knochenpräparate seiner Sammlung einen ähnlichen Befund zu demonstriren. Er bekam das Präparat, das von einem einseitig tauben und an derselben Seite mit missbildetem Ohre versehenen Individuum herrührte, bereits macerirt. Der äussere Gehörgang, das Trommelfell, die Trommelhöhle, die Gehörknöchelchen mit ihren Muskeln, ebenso die knöcherne Tuba Eust. fehlen vollständig. Der Canalis Fallopiae stellt einen bogenförmigen, die Längsaxe der Pyramide kreuzenden, an der unteren Fläche der Pyramide nach hinten vom Foramen oval. endigenden Canal dar, ohne Spur einer knieförmigen Biegung. — Vom Labyrinthe ist der obere halbkreisförmige Canal in seiner Totalität vorhanden, von dem vorhandenen Vorhofe ausgehend und in ihn zurücklaufend. Der hintere und der untere halbkreisförmige Gang sind in Form ganz kurzer Gänge vorhanden.

14) Reinhard (Duisburg) demonstrirt auf Wunsch des Einführenden der Section das von Körner auf der diesjährigen Versammlung der deutschen otolog. Gesellschaft in Bonn angegebene Verfahren der Lappenbildung aus der hinteren Gehörgangswand, welches darin besteht, dass nach Eroffnung der Mittelohrräume durch zwei parallele Horizontalschnitte in der hinteren häutigen Gehörgangswand ein Lappen formirt wird, dessen Basis am Meat. aud. extern. liegt. Körner verlängert diese Schnitte soweit nach Aussen in die Concha, dass dadurch der äussere Ohreingang vergrössert wird; die Hautwunde hinter dem Ohr wird durch Nähte geschlossen und der Lappen aus der hinteren Gehörgangswand auf die hintere Wand der Knochenhöhle vom Gehörgang aus durch Tamponade fixirt.

Digitized by Google

R. hat seit Pfingsten in 2 Fällen von circumscripter Caries des Atticus und des Antrum ohne Cholesteatom obige Methode versucht und ist mit den Vortheilen derselben zufrieden, welche darin bestehen, dass 1) die Kranken nur kurze Zeit einen Verband zu tragen haben und bald wieder (oft schon nach 10—14 Tagen) das Krankenhaus verlassen können und 2) darin, dass die Nachbehandlung der Operirten von dem durch die Lappenbildung erweiterten äusseren Gehörgangseingang leichter möglich ist, und 3) dass auch nach der cosmetischen Seite hin der beste anzustrebende Erfolg nach der Aufmeisselung erzielt wird.

Bedingung ist natürlich die richtige Auswahl der Fälle; solche Fälle, bei denen man eine persistente, retroauriculäre Oeffnung anzustreben hat (Cholesteatom des Warzenfortsatzes, ausgedehnte tuberculöse Caries etc.), sind von vornherein ausgeschlossen. Das Verfahren eignet sich nur für circumscripte Caries der Gehörknöchelchen und des Atticus und Antrum, bei welcher die Eröffnung der Mittelohrräume nothwendig wird. Bei richtiger Auswahl der Fälle hält R. dieses Verfahren für die bisher dem Idealen am nächsten kommende Methode der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und ihrer Nachbehandlung.[3])

15) Professor Politzer begrüsst an seiner Klinik die Mitglieder der Abtheilung und bringt eine grössere Anzahl anatomischer, pathologisch-anatomischer und microscopischer Präparate, sowie neuere Ohrinstrumente zur Demonstration.

1) Demonstration von Ohrpräparaten, Individuen entnommen, die an otitischen Hirnabscessen zu Grunde gingen.
2) Präparate von krankhaften Veränderungen am Warzenfortsatze.
3) Ein Präparat mit Exostosenbildung im äusseren Gehörgange und consecutiver Erweiterung des Ohrcanals und des Proc. mast.
4) Präparate von angeboren-taubstummen Individuen.
5) Kalkablagerungen in der Trommelhöhlen-Schleimhaut.
6) Lupenpräparate über die primäre Erkrankung der Labyrinthkapsel.
7) Normale Gehörpräparate.
8) Probedrücke eines unter der Presse befindlichen chromolithographischen Atlas über die Krankheiten des Trommelfells.
9) Neue Instrumente zur operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes.

Professor D. Habermann erinnert in der Discussion über Prof. Politzer's Vortrag No. 6 an seine eigenen Untersuchungen über die gleichen Veränderungen des Knochens, die sich auf 8 Schläfebeine erstreckten. In der Erklärung ihres Entstehens stimmt er mit Politzer nicht überein.

V. Sitzung vom 27. September, Nachmittags.
Vorsitzender: Docent Dr. Rohrer.

16) Professor Urbantschitsch stellt einen Fall von acuter Kesselschmiedtaubheit vor. Um zu erproben, ob hierbei nicht auch ein Accommodationskrampf der Binnenmuskeln des Ohres mitspiele, wie dies Urban-

[3]) Auf der Rückreise von Wien über Halle hört R. dort, dass das Körner'sche Verfahren, den äusseren Gehörgangseingang bei der Lappenbildung zu erweitern, auch schon vorher in der Hallenser Ohrenklinik geübt ward (Panse). R. sah dort besonders angefertigte weite Ohrtrichter, welche zum Ueberblicken der ganzen Knochenhöhle am erweiterten Meat. aud. extern. aus dienten.

Digitized by Google

tschitsch in einigen Fällen von Telephontaubheit beobachtete, versuchte Urbantschitsch in dem vorgestellten Falle nur durch Luftverdünnung im äusseren Gehörgange, beziehungsweise durch Luftverdichtung im Mittelohre auf den Tensor tympani einen Zug nach aussen auszuüben; thatsächlich erfolgte dadurch eine rasche Abnahme der vorhandenen Taubheit; dabei konnte Urbantschitsch auch nachweisen, dass die auf den Tensor tympani des einen Ohres stattfindende Zugeinwirkung in Folge der synergischen Bewegung beider Tensores tympani auch auf das andere Ohr einen nachweislich günstigen Einfluss nahm, der durch die vor und nach der Behandlung vorgenommene Hörprüfung nachgewiesen werden konnte.

Discussion:

Prof. Politzer erinnert an eine analoge Beobachtung von Dr. Delstanche, einen Mann betreffend, bei dem in Folge einer Explosion Taubheit eintrat und der durch fortgesetzte Luftverdünnung im äusseren Gehörgang geheilt wurde. Politzer glaubt, dass sich die Hörverbesserung derart erklären lasse, dass durch den Shoc der Bandapparat gezerrt und erschlafft wird und dass durch die Rarefaction der Luft im Gehörgange die Theile wieder in die normale Lage gebracht werden.

17) Prof. Urbantschitsch: „Ueber den Einfluss methodischer Hörübungen auf den Hörsinn".

Der Vortragende hat die Uebungen an Taubstummen und in Fällen von Ertaubung im späteren Lebensalter, besonders bei nervöser Ertaubung vorgenommen. U. erörtert die Art der Uebungen, die dabei sich ergebenden acustischen Schwankungen und Entzündungserscheinungen, ferner die Unterscheidung der acustischen von der tactilen Empfindung. Der Vortragende erwähnt ferner, dass er eine partielle, anscheinend vollständige Taubheit häufig als eine nur besonders träge Hörreaction für die betreffende Schalleinwirkung nachweisen konnte, die den methodischen Hörübungen zugänglich erscheint. Die methodischen Hörübungen bezwecken nach U. einerseits die Erweiterung und weitere Ausbildung der Hörempfindungen, andererseits die psychische Erziehung des Hörsinnes, nämlich die Anbahnung eines richtigen Verständnisses der empfangenen Höreindrücke. Der Vortragende erörtert schliesslich, welche Fälle sich zu den Hörübungen eignen, ferner die Dauer der methodischen Hörübungen und deren practischen Werth.

Dem Vortrage folgte die Demonstration einschlägiger Fälle durch Urbantschitsch, Taubstummendirector Lehfeld und Taubstummenlehrer Kühnel.

Discussion:

Der Vorsitzende Dr. Rohrer dankt Prof. Urbantschitsch in warmen Worten für seine hochinteressante und wichtige Mittheilung, ebenso den verdienten Männern, welche die Taubstummeninstitute Oesterreichs auf eine so hohe Stufe der Vollendung gebracht haben und mit den Otiatern für das Wohl jener bedauernswerthen Kranken wirken, denen wärmste Sympathie und Obsorge vor Allem gebührt. Man müsse glücklich sein, eine neue Methode kennen gelernt zu haben, welche gerade den für die Behandlung schwierigsten Kranken zu Gute kommt.

Sowohl Hartmann, wie auch Delstanche und Scheibe sprechen ihre lebhafte Anerkennung für die schönen Resultate bezüglich der Aussprache der vorgestellten Taubstummen aus. Scheibe empfiehlt ausser-

Digitized by Google

dem die vorherige Untersuchung der Taubstummen mit der continuirlichen Tonreihe von Bezold.

Szenes will blos auf zwei Punkte eingehen. Einerseits entspricht das Vorgehen bei den methodischen Hörübungen ohne Hörrohr vollkommen seiner eigenen Beobachtung. Seine Fälle von Taubstummheit, wo Gehörreste für die Sprache vorhanden waren, konnten mittels Prothesen nicht gebessert werden; in einer Anzahl von Fällen war sogar das Hörvermögen bei Verwendung von Prothesen entschieden schlechter als ohne dieselben.

Andererseits möchte Szenes die Frage an den Vortragenden richten, wie sich der Heilwerth der methodischen Hörübungen erklären lasse, besonders vom pathologisch-anatomischen Standpunkte? Handelt es sich doch in den Fällen von Taubstummheit um pathologisch-anatomische Veränderungen (Verknöcherungen, Ankylosen, Atrophie des Acusticus etc.), die längst ganz abgeschlossen sind und wo an eine Veränderung, respective Besserung der abgelaufenen Processe kaum zu denken wäre. Oder glaubt vielleicht Vortragender an einen psychischen Effect?

Prof. Politzer bedauert, dass Urbantschitsch den pathologisch-anatomischen Standpunkt nicht schärfer präcisirt habe. Die grosse Anzahl von Taubstummen, bei denen tiefgreifende Veränderungen im Hörapparate (ca. 70 pCt.) vorkommen, sind auszuschliessen. Von den angeborenen Fällen ist die gewiss öfter vorkommende psychische Taubheit Heller's ebenfalls auszuscheiden. Es bleiben somit hauptsächlich die angeborenen Fälle, bei welchen auch spontane Besserung eintritt. Politzer glaubt, dass den Hörübungen nur der schon seit Langem bekannte Werth beizumessen ist, dass aber an diese Hörübungen nicht zu übertriebene Erwartungen geknüpft werden dürfen; in vielen Fällen gehe die Hörverbesserung wieder vollständig verloren. Bezüglich der Hörübungen bei erwachsenen Tauben hebt Politzer hervor, dass darüber schon seit mehreren Jahren von Maloney in Washington Publicationen über „Otacoustic treatment" vorliegen.

Kayser (Breslau) bemerkt, der Eindruck aus der sehr anerkennenswerthen und interessanten Demonstration sei für ihn der, dass es sich bei den Fällen von Minimalhörfähigkeit nicht sowohl um eine Vermehrung des Hörvermögens, sondern um eine Hervorbringung des Verständnisses handelt. Normalerweise sei das Ohr ein so feiner Apparat, dass die gewöhnlichen Schallreize ausreichen, um unterschieden, also verstanden zu werden. Bei den Tauben resp. Minimalhörenden sei — entsprechend den anatomischen Veränderungen — der Gehörapparat sehr grob empfindlich, wie ein Thermometer, das nur ganze Grade zeigt, gegen ein solches, das schon $^1/_{10}$ Grad zeigt. Die Schallreize des gewöhnlichen Lebens werden von den Minimalhörenden gar nicht empfunden, die sehr stark vernehmbaren Reize kommen nur sehr selten vor. Lässt man aber diese sehr starken Reize methodisch einwirken, dann lernt der Minimalhörige sie unterscheiden, dann lernt er verstehen, er hört. Es steigt dann vielleicht auch die Hörempfindlichkeit ein wenig. Jedenfalls ist das methodische Verfahren von Urbantschitsch practisch von Werth, weil es den sonst ganz unthätigen, wenn auch nur noch grob empfindlichen Hörapparat wieder brauchbar macht.

Urbantschitsch erwidert Dr. Szenes, dass er aus dem Resultate der Hörübungen eben ersieht, wie unsicher die Beurtheilung des patho-

Digitized by Google

logischen Zustandes des acustischen Organes sei, da in selbst unheilbar scheinenden Fällen zuweilen noch ein Erfolg der acustischen Uebungen möglich ist; vielleicht durch Uebung des noch vorhandenen Theiles des Acusticus.

Professor Politzer gegenüber bemerkt Urbantschitsch, dass er ohnedies den Verdiensten früherer Forscher Rechnung getragen habe. Für die Uebungen seien principiell gar keine Fälle auszuschliessen, selbst Totaltaube können Erfolge zeigen. Die Unterscheidung zwischeu Entwicklung des Gehörs und Anbahnung des Gehörverständnisses habe er ohnedies betont. Der practische Werth sei auch bei geringer Hörbesserung für die Taubstummen sehr wichtig; der erste Eindruck einer neuen Sinnesempfindung sei gewöhnlich ein sehr mächtiger. Urbantschitsch hebt schliesslich hervor, dass ja unter den demonstrirten Fällen ein Professor Politzer bekannter sei und Professor Politzer sich also von dem Erfolge der acustischen Uebung hier besonders überzeugen konnte.

Prof. Politzer erwidert, dass der von U. hier angezogene Fall keineswegs für den Werth der Hörübungen spreche, da nach den Aufzeichnungen des klinischen Protokolls im allgemeinen Krankenhause bei diesem Falle schon früher Taubheit und Hörverbesserung gewechselt haben.

O. Brieger hat in einem genau controlirten Falle, analog der Beobachtung von Magnus, partielle Tontaubheit fast im ganzen Umfang des Defects durch consequente Uebung verschwinden sehen. Seine eigenen Beobachtungen stimmen mit denen Urbantschitsch's durchaus überein. Er sieht in den auf diesem Wege erreichten Erfolgen, wenn man bedenkt, wieviel auch bei andersartigen organischen Störungen durch systematische Uebung erzielt werden kann, durchaus nichts Wunderbares. Man wird natürlich, da das Verfahren nicht mehr als die Entwicklung und Ausbildung noch erhaltener Hörreste anstreben und erzielen kann, Erfolge nur dort erwarten dürfen, wo überhaupt noch functionstüchtige Organe vorhanden sind.

18) Dr. S. Thomka (Wien): „Ein Fall von überzähligem Gehörknochen in der Trommelhöhle des Menschen".

Das Trommelfell ist perforirt, der Rest zum Theil verkalkt, zum Theil verdickt, getrübt. In der Trommelhöhle ist neben dem normalen Hammer-Ambossgelenk noch ein Knochenkörper sichtbar, welcher zwischen der Innenfläche des Ambosses und der inneren Trommelhöhlenwand liegt. Die Oberfläche desselben ist ziemlich glatt, von Schleimhaut überkleidet; die Farbe beinahe die, wie die der anderen Gehörknochen, nirgends hindert eine feste fibröse Verwachsung die freie Beweglichkeit, welche Umstände die Annahme ausschliessen, als ob der accessorische Knochen das Product eines Entzündungsprocesses wäre. Auch kann man den accessorischen Knochen nicht der Verknöcherung des Meckel'schen Knorpels zuschreiben, da er nicht in der Glaserspalte liegt und das Ossiculum lenticulare und Hammergriff wohl ausgebildet sind. Die Tuba, sowie das Labyrinth zeigen keine Veränderung.

19) Dr. A. Scheibe (München): „Demonstration von Bildungsanomalien im häutigen Labyrinth, welche sich in der gleichen Weise in den vier Felsenbeinen zweier Taubstummer finden".

Die Bildungsanomalien betreffen die Corti'sche Membran und die Stria vascularis. Der Befund lässt an die Möglichkeit denken, dass die Corti'sche Membran aus der Stria vascularis entsteht, obwohl bisher

Digitized by Google

in der Entwicklungsgeschichte Nichts davon bekannt ist. Der eine der beiden Fälle ist 1891 in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde veröffentlicht und durch Abbildungen erläutert worden.

20) Professor Dr. Kirchner (Würzburg): „Ueber das Vorkommen von Thrombose des Sinus cavernosus bei acuter eitriger Paukenhöhlen-Entzündung".

Der Vortragende weist auf die klinische Bedeutung mancher Formen von acuter eitriger Paukenhöhlen-Entzündung hin, welche, ohne dass längere oder kürzere Zeit Erscheinungen von Eiterretention in der Paukenhöhle vorausgingen, plötzlich zu einer Thrombose des Sinus cavernosus führten.

In derartigen Fällen, die gewöhnlich im Anschlusse an eine heftige Grippe oder Influenza sich einstellen, sollte stets frühzeitig die Paracentese des Trommelfelles vorgenommen werden, um durch möglichst gründliche Desinficirung der Paukenhöhle eine Uebertragung der Infectionsstoffe durch die Lymph- und Blutbahnen nach innen zu verhüten.

Habermann erwähnt, dass er in der letzten Influenza-Epidemie häufige Erkrankung des inneren Ohrs beobachtete, die meist mit gutem Gehör zur Heilung kamen. Nur ein Kind von 2 Jahren blieb taub und wurde taubstumm.

Dr. Rohrer bemerkt zum Vortrag Kirchner's, dass er einen Fall von Influenza-Otitis durch Paracentese behandelt und im reichlich entleerten Exsudat während acht Tagen die Reincultur von Streptococcus pyogenes fand.

VI. Sitzung vom 28. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Dr. Kirchner.

21) Dr. Bing: a. „Experimentelles zur Durchspülung der Paukenhöhle".

B. hat Durchspülungsversuche mit gefärbter Flüssigkeit an Schläfebeinen von Leichen Erwachsener, an denen der knorpelig-membranöse Theil der Tub. Eust. mit dem Ostium pharyng. noch unversehrt erhalten war, angestellt. Das Trommelfell ward zur Besichtigung freigelegt, in der unteren Hälfte desselben ein kleines Loch mit einer Stecknadel gestochen, oder daselbst ein breiter Paracentesen-Schnitt geführt oder ein Stück Paukenfell ausgeschnitten. Das Präparat wurde dann in einen Schraubstock möglichst in situ naturali eingespannt, gefärbte Flüssigkeit durch den in die Tuba eingeführten Catheter gespritzt, deren Abfluss beim Gehörgang beobachtet, an Ort und Stelle hierauf das Tegmen tymp. und die Corticaldecke des Warzentheils abgemeisselt und die so freigelegte Pauken- und Warzenhöhle besichtigt.

Es ergab sich dabei, dass bei weitem Paracentesen-Schnitt und grösserer Lücke im Trommelfelle die meiste Flüssigkeit daselbst abfloss und weder im oberen Paukenraume, noch im Antrum Farbbestandtheile gefunden wurden — indess bei kleiner Perforationslücke im Trommelfell weniger Flüssigkeit aus dem Gehörgang kam —, solche dagegen im Antrum und in den Cellul. mast. nachgewiesen werden konnte.

B. glaubt daraus — mit gewissem Vorbehalte — folgern zu dürfen: 1) Bei grösserer Lücke im Trommelfelle kann die Durchspülung der Paukenhöhle ihren eigentlichen Zweck nicht ganz erreichen; 2) die Forderung, dass der Abfluss der injicirten Flüssigkeit durch die Lücke im Trommelfell genügend frei und leicht erfolgen könne, ist vollberechtigt.

Digitized by Google

22) Dr. Bing: b. „Zur Behandlung eiteriger Mittelohr-Entzündungen mit kleiner, an der Spitze zitzenförmiger Vorbauchung am Trommelfelle befindlicher Perforation".

B. hat in letzter Zeit in einigen dieser Fälle, welche bekanntlich gern einen complicirten oder mindestens protrahirten Verlauf nehmen, dadurch einen raschen und günstigen Heilerfolg erzielt, dass er mittelst des Sondenknopfs einen Tropfen Liqu. ferr. sesquichlor. an die Perforationsstelle hin- bez. eintrug.

Das Medicament verursachte keine besonderen Reactionserscheinungen, wirkte kräftig adstringirend, die Otorrhoe sistirte in wenigen Tagen, die Lücke vernarbte rasch und unter antiphlogistischer und Resorption befördernder Behandlung war die volle Heilung bald erzielt.

B. möchte dieses Vorgehen zu weiterem Versuche empfehlen.

Discussion:

Dr. Gomperz bemerkt, er müsse anerkennen, dass mit der Durchspülung der Paukenhöhle per tubam bei acuten und chronischen eiterigen Entzündungen sehr oft brillante Erfolge zu erzielen sind, dass er aber trotzdem diesen Eingriff als einen ganz unberechenbaren stigmatisiren müsse, der unter Umständen schaden, ja Gefahr bringen könne, und dass er daher empfehle, von den Durchspülungen per tubam fürderhin ganz abzusehen.

Gomperz theilt mit, dass er in früheren Jahren Fälle acuter Mittelohrentzündung sah, wo mit dem Beginne der Durchspülungen per tubam, trotz guten Abflusses, Ostitiden des Warzenfortsatzes auftraten, die erst mit dem Aussetzen dieser Behandlungsmethode zurückgingen. Leichenversuche, die er dann im Institute des Herrn Prof. Weichselbaum 1890 ausführte, machten ihm die Ursache dieser Erscheinung klar.

Viele Jahre vorher hatte Gruber ähnliche Leichenversuche angestellt, um zu beweisen, dass bei nicht perforirtem Trommelfell per tubam Flüssigkeit in die Mittelohrräume eingespritzt werden könne.

Gomperz legte nun breite Lücken im Trommelfell an und spritzte hierauf eine verdünnte Lösung von Ferrocyankalium per tubam unter dem üblichen Drucke ein, so dass die Flüssigkeit eben aus dem äusseren Gehörgange rann. Dann konnte er sich durch die Reaction mit Eisenchloridlösung davon überzeugen, dass die Flüssigkeit bis in die der Schädelhöhle nächstgelegenen, verstecktesten Räume der Diploe gelangt war; damit sei auch bewiesen, dass bei der Durchspülung die Entzündungserreger weithin in die Knochentheile getrieben werden können, in welche sie sonst vielleicht nicht gelangt wären.

Schliesslich betont G. auch die Möglichkeit, dass bei Defecten am Tegmen tympani oder antri das Spülwasser direct unter die Dura gelangen könne. Im November 1888 behandelte er im Auftrage des Herrn Prof. Politzer, der in der gestrigen Sitzung das zugehörige Präparat demonstrirte, einen jungen Mann an der Abtheilung Prof. Dittel's, der mit linksseitiger chronischer Otitis media und den Symptomen eines Hirnabscesses zur Aufnahme gekommen war, mit einer regelrecht durchgeführten Ausspülung der Paukenhöhle per tubam; Pat. erkannte noch seine Umgebung, war aber apathisch, hatte rechtsseitige Facialislähmung, Temp. 37,5, Puls 90.

Bei der Durchspülung collabirte der Kranke plötzlich und starb, ohne aus dem Coma erwacht zu sein, innerhalb einer Viertelstunde. Bei

Digitized by Google

der Section zeigte sich das Gehirn sehr ödematös, die Meningen frei, der Schläfelappen stellenweise der Dura adhärent, sehr missfarbig; im Schläfelappen fand sich ein hühnereigrosser, alter Abscess, der gegen die Schädelhöhle durchgebrochen war. Die Dura war in eine missfarbige eiternde Schwarte in Handbreite verwandelt, an der oberen Pyramidenwand war ein cariöser Defect mit zackigen Rändern von 7—8 Mm. Dm. Gomperz zweifelt nicht daran, dass bei der Durchspülung Wasser in die Schädelhöhle gelangte und durch Steigerung des Hirndruckes das Ende beschleunigte.

Herr Reinhard (Duisburg) wendet die Durchspülung der Pauke von der Tuba aus bei acuten Mittelohreiterungen nicht mehr an, sondern empfiehlt dieselbe warm nur bei chronischen, sowohl schleimig-gallertartigen als auch bei eitrigen Processen, besonders bei den mit Caries an der medialen und unteren Paukenwand complicirten. Bedingung ist stets: absolut freier Abfluss durch eine genügend grosse Trommelfellöffnung, wovon man sich vorher durch die Catheterluftdouche zu überzeugen hat.

Der Exitus in dem von Gomperz angezogenen Falle müsse mit der Durchspülung nicht zusammenhängen.

Prof. Politzer hält die Befürchtungen des Dr. Gomperz für übertrieben. Die anatomischen Versuche sind nicht für pathologische Fälle maassgebend, da bei den eitrigen Entzündungen stets Eiter im Antrum mastoid. angetroffen wird, daher keine Flüssigkeit weiter eindringen kann. Die Injectionen ganz aufzugeben, wäre ein Verlust für die Therapie, da man in einer Anzahl hartnäckiger Fälle nur durch diese Heilung erzielen kann. Der von Gomperz angeführte Fall von Hirnabscess, wo plötzlicher Tod nach einer Durchspülung eintrat, lässt sich einfacher durch den in Folge des Catheterismus und der Injection eintretenden Shock erklären.

Scheibe (München) hält die Injectionen per tubam bei acuter Mittelohreiterung für gefährlich, bei chronischer Mittelohreiterung mit Oeffnung in der unteren Trommelfellhälfte für unnöthig, da hier in der Regel Communication in der umgekehrten Richtung vorhanden ist; bei Hauptbetheiligung der oberen Mittelohrräume aber ist ein wesentlicher Einfluss der Tubarinjectionen nicht zu erwarten.

Sch. glaubt auf Grund eines ähnlichen Falles, den er mitbeobachtet hat, dass in dem von Gomperz erwähnten Falle der plötzliche Tod doch auf die Injection zurückzuführen ist.

O. Brieger verlangt ebenfalls als Vorbedingung für die Vornahme der Masseninjectionen per tubam die Beseitigung aller acut entzündlichen Erscheinungen. Seine experimentellen Erfahrungen über den Weg, den das Spülwasser bei der Durchspülung nimmt, stimmen im Ganzen mit denen Bing's überein; die Resultate waren aber doch nicht constant genug, um ein zuverlässiges, allgemein giltiges Urtheil zu gestatten. Gegenüber dem von Bing für die Behandlung warzenförmiger Perforationen empfohlenen Verfahren giebt B. einer activeren Dilatation der Perforation entschieden den Vorzug und bemerkt, dass ihm in 2 Fällen die Abtragung der Prominenz mit der Schlinge, die er zum Zwecke histologischer Untersuchung vornahm, ein sehr gutes Resultat ergeben habe.

Prof. Gruber spricht sich dahin aus, dass bei chronischen exsudativen Entzündungen die Einspritzungen nicht ganz aufzugeben seien. Es gebe

Digitized by Google

Fälle, wo man Exsudate aus der Trommelhöhle in keiner anderen Weise durch die Lücke im Trommelfell herausbefördern kann und andererseits dienen die Durchspülungen auch zur Beseitigung hochgradiger Schmerzen. Bei acuten Fällen macht sie Gruber fast nie, weil er die Gefahr der Weiterbeförderung des Exsudats in die Warzenzellen hinein zu sehr fürchtet, höchstens zur Linderung hochgradiger, in keiner andern Weise zu beseitigender Schmerzen. Bei chronischen Fällen ist die Gefahr der Ansteckung überhaupt geringer, ja in der grossen Mehrzahl der Fälle besteht in solchen Fällen ohnehin schon Entzündung in den Warzenzellen.

Szenes ist ebenfalls der Ansicht, dass bei acuten Paukenhöhleneiterungen die Durchspülung im Allgemeinen nicht anzuwenden sei. Doch hatte er Gelegenheit, in zwei Fällen sich von dem ausgezeichneten Erfolge derselben zu überzeugen. Bei einem 16 Jahre alten Mädchen, woselbst eine Mitaffection des Warzenfortsatzes bestand und die Aufmeisselung von Seiten eines anderen Collegen empfohlen wurde, brachte die Durchspülung der Paukenhöhle eine solche Erleichterung, dass Patientin selbst die Wiederholung derselben wünschte. Die Durchspülung wurde noch einige Male wiederholt, der Warzenfortsatz antiphlogistisch behandelt und es erfolgte eine vollkommene Restitutio ad integrum. Der andere Fall betraf einen 60 Jahre alten Mann mit ähnlichen Symptomen und selbem Verlaufe, wo ebenfalls, jedoch nur einige Male, die Durchspülung der Paukenhöhle bei acuter Paukenhöhleneiterung mit gutem Erfolge angewendet wurde.

Dr. E. Pins (Wien) hat wiederholt bei chronischen und subacuten Eiterungen die Durchspülung mit gutem Erfolge angewendet, aber ein Mal auch Malheur gehabt, weil in diesem Falle eine cerebrale Complication, wahrscheinlich auch Hirnabscess vorlag. Nach der zweiten Durchspülung entstand Schwindel und am nächsten Tage trat der Exitus ein. Seiner Ueberzeugung nach nützt die Durchspülung viel und schadet keinesfalls, wenn die Perforationsöffnung im Trommelfell hinreichend gross ist, um der Flüssigkeit freien Abfluss zu gestatten.

Dr. Gomperz entgegnet Herrn Prof. Politzer, dass, wenn bei pathologischen Fällen Eiter die Zellräume des Warzenfortsatzes erfülle, dieser bei den Ausspülungen unter höheren Druck gesetzt werde, was gewiss nicht gleichgiltig sei. Auch bleibt er Politzer und Reinhard gegenüber bei seiner Anschauung über die Todesursache im erwähnten Falle von Hirnabscess.

Prof. Kirchner: Bei der Durchspülung der Paukenhöhle durch die Tuba Eustachii kommt es hauptsächlich darauf an, dass die Trommelfellöffnung hinreichend gross ist. In Fällen, wo die Perforation nahezu vom oberen bis zum unteren Rande des Trommelfelles reicht, wird niemals ein so starker Druck in der Paukenhöhle entstehen können, dass dadurch eine Gefahr für das Schädelinnere zu befürchten wäre. Die Durchspülungen mit antiseptischen Lösungen dürfen nur nicht mit allzu starkem Drucke vorgenommen werden.

23) Dr. Gomperz: „Ueber die Erfolge der conservativen Behandlungsmethode bei den chronischen Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes".

Gomperz erinnert an seine Statistik (diese Monatsschrift 1892/93) über die Erfolge der nicht operativen Behandlung an 49 Fällen seiner Privatpraxis, die er, so weit es möglich war, verfolgt und nun durch 20

Digitized by Google

neue Fälle bereichert hat. Von diesen letzteren sind bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 20 Tagen 19 so weit geheilt, dass jede Secretion und Granulationsbildung verschwand, dass sich die Mucosa bis gegen den Attic hinein blass, zart, oft epidermisirt zeigte und die Function des Ohres zu einer sehr bedeutenden Höhe gebracht wurde. Er hält die Hammer-Ambossexcision als eine wichtige Bereicherung unserer therapeutischen Rüstkammer in Ehren, will sie aber bei den Eiterungen im oberen Trommelhöhlenraum nur dort verwendet wissen, wo die Heilung mit der conservativen Behandlung nicht zu erreichen ist; auch giebt er der Vermuthung Ausdruck, dass durch die Hammerambossexcision dem Recidiviren der cholesteatomatösen Bildungen durchaus nicht werde Einhalt geboten werden können.

Was ihn in seinem Principe bestärkt, der conservativen Behandlung möglichst weiten Spielraum zu gewähren, ist die Erkenntniss, dass so viele der mit Cholesteatombildung Behafteten constitutionelle Dyscrasien aufweisen, Anaemie, Scrophulose, Spitzenkatarrhe, Lupus und Lues hereditaria, oder von Eltern stammen, die solche Dyscrasien aufweisen. Nur der geringste Bruchtheil der in seinen Statistiken Erwähnten war, abgesehen vom Ohrenleiden, vollständig gesund.

Zum Schlusse demonstrirt G. neue Canülen aus hartem Celluloid, die er wegen ihrer Leichtigkeit empfiehlt; ferner solche aus halbweichem Celluloid[2]), welche auch von den empfindlichsten Kranken vertragen werden.

Discussion:

Reinhard (Duisburg) befürwortet die Indicationsstellung für Atticuseiterungen und darnach für operative oder conservative Behandlung. Auf den Attic beschränkte Eiterungen würden auch an der Schwartze'schen Klinik conservativ behandelt. Cholesteatombildung hat R. nicht nach der Ausführung der Hammer-Ambossexcision auftreten sehen, wohl aber Cholesteatom im Antrum gefunden bei Atticuseiterung sogleich bei breiter Eröffnung der Mittelohrräume, worauf auch schon Stacke, Kretschmann und Andere aufmerksam gemacht haben. Gerade diese Fälle werden durch operative Behandlung am schnellsten zur Heilung geführt.

Scheibe hat ca. 60 Fälle von auf den Atticus beschränkter Eiterung mit Cholesteatombildung gesehen und in ca. 50 pCt. durch blosse conservative Behandlung Heilung erzielt. In Fällen von Antrumcaries ist er für die Stacke'sche Operation; in den Fällen aber, wo eine alle 3 bis 4 Wochen ein Mal vorgenommene Ausspülung genügt, um das Ohr rein zu halten, würde er es nicht wagen, die Operation vorzuschlagen.

Gomperz erklärt nochmals, kein Gegner der Hammer-Ambossexcision zu sein, fordert aber, dass kein uncomplicirter Fall von vornherein operirt werde, ohne dass vorher die conservative Behandlung versucht worden wäre.

Behrendt (Danzig) erwähnt zwei Fälle, in denen nach der von anderer Seite ausgeführten Hammer-Ambossexcision Recidiv des Cholesteatoms kam. In dem einen Falle war auf dem einen Ohre die Operation gemacht, auf dem anderen geplant worden. Dieses zweite Ohr heilte er mittelst der conservativen Methode. Als er den Patienten wiedersah,

[2]) Angef. von J. N. Schmeidler, Wien VII, Stiftgasse 19.

Digitized by Google

hatte sich auf der operirten Seite ein grosses Cholesteatom wiedergebildet.

O. Brieger muss zugeben, dass die Erfolge der conservativen Behandlung von Kuppelraumeiterung nach der Gomperz'schen Statistik hinter den Resultaten nach Excision der Gehörknöchelchen nicht zurückstehen. Entscheidend könne für die Beurtheilung des Werthes beider Methoden nur die weitere Beobachtung und Controle der Fälle über Jahre hinaus sein. Er sieht übrigens in der Excision der Gehörknöchelchen, die er in den letzten Jahren in über 60 Fällen mit zufriedenstellendem Erfolge und guten functionellen Resultaten ausgeführt hat, oft nur eine vorbereitende Operation, welche durch Freilegung des oberen Trommelhöhlenraums der Behandlung hier gelegener Krankheitsherde erst den Weg bahnen soll. Er bemerkt, dass er in zwei, nach der Operation durch Hirnabscess bezw. Dermatomyositis septica lethal ausgegangenen Fällen den günstigen Effect der Operation durch die Section habe controliren können. Die Misserfolge der Operation werden hauptsächlich dadurch verschuldet, dass es oft nicht möglich ist, Miterkrankung des Antrum bei Kuppelraumeiterungen vorher zu erkennen.

Gomperz nimmt mit Befriedigung die Mittheilung Reinhard's zur Kenntniss, dass auch an der Hallenser Klinik conservativ behandelt werde, um so mehr, als gerade von den Schülern Schwartze's empfohlen wurde, auch bei den auf den Attic beschränkten eitrigen Entzündungen von vornherein zu operiren und mit Canülen-Ausspritzungen nicht unnützer Weise die Zeit zu „vertrödeln".

Dass nach der Stacke'schen Operation die Recidiven ausbleiben werden, müsse erst erwiesen werden. G. erinnert an die gar nicht so seltenen Fälle mit Zerstörung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen neben breiten Defecten der hinteren oberen Gehörgangswand, Befunde, denen Stacke sein geniales Verfahren nachempfunden hat. Auch hier findet man oft cholesteatomatöse Ablagerungen von ganz enormer Massenhaftigkeit und 1, 2 Tage nach ihrer Entfernung sei die auskleidende Membran wieder blass, glatt und glänzend; untersucht man solche Fälle nach Monaten wieder, so finde man öfters neue Ansammlungen.

Was die Bemerkung Brieger's über den Befund von Tuberkelbacillen in den Cholesteatom-Membranen anlangt, so ist diese Thatsache werth, mit den Erfahrungen über die Häufigkeit der Tuberculose bei den an diesen Krankheiten Leidenden zusammengehalten zu werden.

24) Gomperz: „Ueber die Wirkung künstlicher Trommelfelle".

Nach einem kurzen Rückblick auf die bisherigen Theorien über die Wirkung des künstlichen Trommelfelles hebt G. hervor, dass alle Autoren sich dahin aussprechen, dass man von vornherein aus dem Trommelfellbefund keinen Schluss darauf ziehen könne, wie das künstliche Trommelfell wirken werde. G. behauptet, dass sich bei den meisten Lücken, die kleiner als $^1/_4$ des Trommelfelles sind, eclatante Hörverbesserungen nicht erzielen lassen, was er daraus erklärt, dass hierbei die Kette der Gehörknöchelchen meist intact ist, dagegen sistiren manchmal in solchen Fällen subjective Geräusche, wenn die Lücke verschlossen wird.

Er fand die Prothese in den Fällen wirksam, wo das Trommelfell bis auf einen schmalen Saum an der Peripherie zerstört, der Hammergriff aber noch zum Theil oder ganz erhalten und dann dem Promotorium

Digitized by Google

adhärent war; ferner dort, wo die Lücke den hinteren oberen Quadranten oder die ganze hintere Trommelfellhälfte einnahm. Immer war die Fenestra ovalis frei zugänglich; fast immer fehlte der lange Ambossschenkel und die Mucosa war meist epidermisirt.

Hatte die Mucosa tympani ihren schleimhautartigen Character bewahrt, so wurde kein künstliches Trommelfell auf die Dauer vertragen [3]).

Dagegen verträgt die epidermisirte Auskleidung der Paukenhöhle die verschiedenen Arten der künstlichen Trommelfelle meist ganz vorzüglich.

Trefflich wirkten plattenförmige Trommelfelle, besser die Wattekugel, am besten die aus Borsäurepulver gebildeten Trommelfelle; hierbei können, wenn der Körper des Ambosses noch erhalten ist, nach der Pulvereinblasung an die Stapesplatte Schallwellen gelangen, welche früher nur auf dem Wege vom Hammer über den Amboss hinkamen. Gomperz wendet in allen diesen Fällen mit Vorliebe die schon von Kosegarten empfohlenen Pulver-Trommelfelle an, die, gut eingeblasen, nach dem Versiegen der Eiterung oder Cholesteatombildung wochen- und monatelang liegen bleiben, keine Beschwerden machen und an Wirkung alle übrigen Arten der künstlichen Trommelfelle übertreffen.

Discussion:

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass er schon vor Jahren angab, dass die Kranken, welche am hinteren Trommelfellsegmente Substanzverluste zeigen, und namentlich diejenigen, welche eine Discontinuität zwischen Ambossschenkel und Steigbügelköpfchen aufweisen, von der Anwendung des künstlichen Trommelfelles den grössten Vortheil haben. Solchen Kranken nützt in der Regel das von Gruber in die Praxis eingeführte künstliche Trommelfell aus Leinen am allermeisten, und zwar deshalb, weil es im feuchten Zustande viel leichter wie das Trommelfell von Guttapercha sich an die Gehörknöchelchen anschmiegt und die dislocirten Enden derselben mittelbar in Contact setzt, wodurch die Schallleitung verbessert wird.

Bei dieser Gelegenheit macht Gruber auch aufmerksam, dass man in einzelnen, freilich sehr seltenen Fällen durch Anwendung des künstlichen Trommelfells den Patienten von dem ihn belästigenden Schwindel befreien kann.

Prof. Delstanche bestätigt die Beobachtung Gruber's aus seiner eigenen Erfahrung. Auch er konnte bei einem Patienten durch Anwendung des künstlichen Trommelfells den Schwindel total beseitigen.

Szenes erwähnt, in mehr als 30 Fällen mit Hilfe der physicalischen Untersuchung sich von der bekannten Thatsache überzeugt zu haben, dass das feuchte künstliche Trommelfell (Wattekügelchen, Kautschukplatte etc.) eine bedeutendere Verbesserung des Hörvermögens für Uhr und Sprache bewirke, als das trockene. Trotzdem jedoch die Befeuchtung mit einer antiseptischen Lösung (2–3procentigem Carbolöl) vorgenommen wurde, stellte sich in der Mehrzahl der Fälle die Suppuration von Neuem ein, was bei der Anwendung trockener künstlicher Trommelfelle seltener geschah.

---

[3]) Bei unveränderter Mucosa dürfen künstliche Trommelfelle nur dort verwendet werden, wo die Perforationsstelle so weit von der inneren Paukenwand absteht, dass diese von der Prothese unberührt bleibt.

Digitized by Google

25) Reinhard demonstrirt ein Präparat von Carcinom der Oberkieferhöhle, welches unter den Symptomen des Empyema Antri Highmori einherging und bei dem die Sondenuntersuchung, welche weiche Tumormassen im Antrum entdeckte, zum Verdacht auf maligne Neubildung und zur histologischen Untersuchung führte. Operation vor 8 Wochen.

26) Dr. Pins demonstrirt seine Nasendouche, die spontanen Verschluss der Tubae Eustach. bewirkt. Dieselbe besteht dem Wesen nach in einem Heronsball mit einem geeigneten Olivenansatze für die Nase und einem Mundstücke zum Anblasen. Dieses geschieht durch den Patienten selbst und zwar mit vollen Wangen, wodurch das Gaumensegel stark gehoben wird, (Lucae, Halt) und die beiden Ostia pharyngea tubae verlegt werden. Der Patient treibt mittelst seines eigenen (verstärkten) Expirationsdruckes die Flüssigkeit aus dem Apparate durch den Nasenrachenraum, so dass sie durch die andere Nasenöffnung frei abfliesst, ohne in die Tuba gelangen zu können. P. hat noch niemals Eintritt von Spülflüssigkeit in die Tuben beobachtet, obwohl er seine Nasendouche seit 4 Jahren an mehr als 200 Patienten in Anwendung brachte. Auch von Seiten anderer Beobachter, welche diese Nasendouche seit längerer Zeit verwenden (Störk, Roth, Réthi, Beni), ist bis jetzt kein derartiger Unfall gemeldet worden.

27) Dr. Delstanche spricht über die Verwendung des weissen Vaseline-Oeles zu intratubaren Injectionen bei acuten und chronischen Mittelohrprocessen; die Paukenschleimhaut verträgt das reine Präparat, welches wasserhell und geruchlos sein muss, ohne die geringste Reizung; auch wird das Oel in kurzer Zeit resorbirt.

Gomperz bestätigt diese Erfahrungen; er verwendet dieses Präparat seit der ersten Empfehlung durch Delstanche bei Sclerose und hat sehr zufriedenstellende Resultate erhalten; er glaubt, dass das Vaseline-Oel einen günstigen Einfluss auf die Schleimhaut der Tuba ausübt. Das im Handel erhältliche Oel sterilisirt er durch Auskochen, wodurch auch der letzte Rest des Petroleumgeruches verschwindet.

28) Dr. Ziem (Danzig) legt folgende Arbeit „Ueber das Eindringen von Flüssigkeit aus der Nase in das Mittelohr und über eine neue Druckpumpe“ vor.

In der Nase befindliche Flüssigkeit kann in der Ruhelage der Tuba, sowie beim Schlingen in das Mittelohr nur eindringen: 1) bei Anwesenheit einer Gegenöffnung am Trommelfell, 2) in Folge Hineingeschleudertwerden der Flüssigkeit durch beigemengte Luft bei Anwendung nicht luftdichter Pumpen und ähnlicher Apparate, 3) beim Schneuzen und ähnlichen Exspirationsacten. Ohne diese Momente, durch starken Wasserdruck allein (Wasserleitung und einen gleichmässigen Druck ergebende Pumpen) gelingt es nicht, Flüssigkeit in das Mittelohr einzupressen.

29) Dr. Haug (München) legt folgende Arbeit vor: „Ueber einen Fall von Fibrosarcom des Ostium pharyngeum der Tuba.“

Das Präparat stammt von einem 17jährigen Burschen mit linksseitiger, $^3/_4$ Jahre lang bestehender Schwerhörigkeit und Obstruction der Nase.

Die Untersuchung ergab: „das linke Trommelfell ad maximum eingezogen, in den unteren Partien ein deutlich contourirtes Exsudat. Hörweite für Flüstersprache = 0, Tube absolut undurchgängig.“ Beim Versuch zu catheterisiren, stösst man auf ein Hinderniss am Ende des unteren Nasenganges, das sich rhinoscopisch als ein bläulich-rother,

Digitized by Google

länglich-runder, ziemlich derber, ungefähr daumennagelglied-grosser polypoider Tumor repräsentirt; er sitzt nach oben und hinten zu in der Gegend der Tuba fest. Er wird mit der Schlinge (kalt) entfernt und durch den Mund entleert. Nach der Extraction stellt sich ein Hämatotympanum ein. Zwei Tage post operationem konnte man beobachten — früher war eine Untersuchung wegen der abundanten Blutung nicht möglich gewesen —, dass die hintere Tubenlippe stark geschwollen war und einen 4 Mm. breiten Substanzverlust aufwies, die Ansatzstelle des Tumors.

Das Hörvermögen hatte sich schon sofort nach der Extraction gebessert und, als der Bluterguss in der Trommelhöhle zur Resorption gelangt und noch eine leichte innere Massage kurze Zeit hindurch vorgenommen war, stellte sich mit definitiver Beseitigung des Tubenverschlusses Restitutio ein.

Die anatomische Untersuchung ergab macroscopisch einen ca. pflaumengrossen, birnförmigen, dunkelgrau-rothen, ziemlich derben Tumor mit glatter Oberfläche, der auf der Schnittfläche gelblich-roth aussah, ein feinfaseriges, starkes Gefüge und nicht unbeträchtlichen Saftreichthum aufwies. Die Wurzel schien gefässreich und hing am Stiele eine über 2 Mm. breite Knorpelplatte, aus der hinteren Lippe der Tuba herausgerissen.

Microscopisch entpuppte sich der Tumor als Fibrosarcom durch die Häufigkeit der relativ jugendlichen Zellformen, sowie die Anordnung derselben.

Der Fall ist bemerkenswerth einmal wegen der Seltenheit des Sitzes der Neubildung und dann wegen der Symptome des Tubenverschlusses mit consecutiver Exsudatbildung in der Paukenhöhle, die lediglich durch ihn, durch die mechanische Verlegung des Tubencanales, hervorgerufen wurden.

Prof. Politzer nimmt nun zur Schlussrede das Wort; er dankt den Mitgliedern der Section für die rege Theilnahme an den Sitzungen und wirft einen Rückblick auf die Leistungen der Section.

In den vorgelegten Arbeiten wurde kein Gebiet der Otiatrie unberücksichtigt gelassen, die Vorträge und Demonstrationen haben eine Fülle neuer Thatsachen zu Tage gefördert und die Discussionen zur Klärung unserer Anschauungen beigetragen.

Der persönliche Verkehr mit gleichgesinnten Freunden bot uns reichliche Anregung und mit neuer Schaffensfreudigkeit kehren wir an unsere Arbeitsstätte zurück.

P. bedauert den ungünstigen Eindruck, den die Unzulänglichkeit der Wiener Ohrenkliniken, verglichen mit den palastartigen Ohrenkliniken im Deutschen Reiche, auf die auswärtigen Fachcollegen machen musste.

Durch das Machtwort unseres erhabenen Monarchen stehe aber eine Erweiterung des Allgemeinen Krankenhauses und der Bau von neuen Kliniken in naher Aussicht, wodurch auch der Ohrenheilkunde ein würdiges, mit den modernen Behelfen ausgestattetes Heim geschaffen werden wird.

Nach herzlichen Abschiedsworten und ernster Mahnung, die Fahne der Wissenschaft hochzuhalten, erklärt P. die otologische Section der 66. Naturforscherversammlung für geschlossen.

Digitized by Google

II. Referate.

a) Otologische:

Angeborene Missbildung der Ohrmuschel und Otoplastik (Aangeboren misvorming der oorschelp en otoplastiek). Von Docent Dr. H. Burger, Amsterdam. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. No. 18, I, 1894.)

Die Ohrenplastik wird von nahezu allen Autoren als ziemlich unbedeutend abgefertigt. Nur die abstehenden und die zu grossen Ohren werden auf chirurgischem Wege mit Erfolg behandelt. Die viel schlimmere Entstellung, welche das Katzenohr bedingt, meint man nicht besser bekämpfen zu können, als durch die Excision des ganzen missgebildeten Organs und die Application einer künstlichen Ohrmuschel. Nur von Stetter wird ein Operationsverfahren bei Katzenohr beschrieben. Derselbe löste die Spitze der Muschel in der Tragusgegend nur unvollständig los; präparirte dann auf der hinteren Muschelfläche und auf dem Schädel einen schmalen bandförmigen Hautlappen los, zog denselben in seiner Mitte stark in die Höhe, nähte die beiden Wundflächen dieser Hautduplicatur zusammen und trennte später den überflüssigen Theil derselben ab.

Burger, welcher sich für dieses sonderbare Verfahren nicht begeistern konnte, übte in zwei Fällen eine neue Plastik, welche zu einem höchst zufriedenstellenden Resultate führte.

Der erste Pat., 18 Jahre alt, hatte eine sehr bedeutende Hemiatrophia facialis sinistra, welche hauptsächlich die beiden Kiefer betraf, eine mässige Vergrösserung der Pharynxmandel, eine Verbiegung der knorpeligen Nasenscheidewand nach links, eine erhebliche Schwellung der Nasenschleimhaut, und am rechten Ohre die als Katzenohr bekannte Missbildung. Die Muschel war nach vorn und unten umgeklappt und mit der Tragusgegend verwachsen. Es gelang indessen die umgeklappte Muschel soweit aufzurichten, dass sich im Gehörgang in einer Tiefe von 1 Ctm. eine anscheinend knöcherne Atresie nachweisen liess. Das mittlere und das innere Ohr waren intact; der Facialis war nicht gelähmt; weitere Missbildungen waren nicht vorhanden; hereditäre Momente im Sinne Lombroso's und Gradenigo's existirten nicht. In Chloroformnarcose wurde die rechte Muschel so stark wie möglich emporgerichtet, wobei ihre vordere Insertion gespannt wurde. Diese gespannte Hautfalte vor dem Meatus wurde mit dem Messer gespalten und diese Insertion vollständig lospräparirt. Um nun das lose vordere Ende des Helix hoch nach oben fixiren zu können, machte B. von dem höchsten Punkt der Wunde eine Incision senkrecht nach oben. In diese dreieckig nach unten klaffende Incision wurde der lospräparirte vordere Theil der Auricula nach oben durch Naht fixirt. Die Wunde vor dem Meatus wurde durch einen grossen Hautlappen aus der Schläfen-Gegend grösstentheils geschlossen. Die Genesung erfolgte per I. Das Resultat war sehr befriedigend. Was dem Pat. so sehr unangenehm gewesen, das schlaffe Abhängen der Muschel, war vollständig beseitigt. Die Muschel hatte nur noch den Fehler, dass sie zu weit vom Kopfe abstand. Dies wäre durch eine einfache Operation zu verhelfen gewesen; allein der Pat. war mit dem bisherigen Erfolg höchst zufrieden, und wollte sich zu einer zweiten Operation nicht entschliessen.

Digitized by Google

Der zweite Pat., ein 10jähriger Schüler, hatte ebenfalls eine hochgradige, linksseitige Hemiatrophia facialis, ohne dass der Nervus facialis gelähmt wäre. Er litt ausserdem an adenoiden Vegetationen. Die rechte Ohrmuschel war normal; nur fehlte das Crus anthelicis superius. Die linke Muschel war hochgradig missgebildet. Sie war ad maximum nach vorn und unten umgeklappt und in der Tragusgegend so fest verwachsen, dass es unmöglich war, die Concha und den Meatus zu sehen. Labyrinth, Mittelohr und (wie sich nach der Operation herausgestellt hat) Gehörgang waren normal. Die Familie war neuropathisch nicht belastet.

Bei diesem Pat. wurde die Operation in ähnlicher Weise gemacht. Nachdem die vordere Insertion des Helix vollständig lospräparirt worden, machte B. aber die Incision vom oberen Punkt der Wunde aus nicht nach oben, sondern horizontal nach hinten. Diese 4 Ctm. lange Wunde klaffte nach vorne. Dann klappte er den lospräparirten, vorderen Theil des Helix fast dreimal 90° nach oben und hinten um, und vereinigte es durch Naht in die horizontale Wunde. Hierbei bildete sich auf der hintern Muschelfläche ein Zuviel an Haut, welches durch eine ovale Excision entfernt wurde. Auch diese Wunde wurde durch Naht verschlossen. Heilung per I. Der cosmetische Effect war hier noch weit besser als bei dem andern Patienten. Die Muschel war nicht nur aufgerichtet, sondern lag auch vollständig dem Schädel an. Weil dieselbe aber nach kurzer Frist die Neigung zeigte, wieder nach vorne zu drehen, wurde Pat. zwei Monate nach der ersten Operation von Neuem in Chloroformnarcose operirt. Es wurde aus der hinteren Muschelfläche und aus der Warzengegend ein breites Cutis-Oval excidirt, und die Wundränder durch Naht vereinigt. Drei Wochen später hat B. den Patient geheilt der chirurgischen Abtheilung der Amsterdamer Naturforschergesellschaft vorgestellt. Der cosmetische Effect ist ausgezeichnet. Wenn man nicht besonders darauf achtet, bemerkt man am Ohre nichts Abnormes mehr.

Ref. hat den Patienten zehn Monate nach der Operation gesehen, und sich von dem dauernden Erfolg der Plastik überzeugen können.

Der Arbeit sind zwei photolithographische Tafeln beigefügt, welche die Missbildung der Muscheln, die Erfolge der Plastik und die Hemiatrophien der Gesichter illustriren. Autoreferat.

Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen. Von Dr. A. Jansen. (Archiv für Ohrenheilk. XXXV, 12 und XXXVI, 1.)

Die Arbeit knüpft an die Beobachtungen bei 27 männlichen und 7 weiblichen Patienten an, welche an der Kgl. Univ. Ohrenklinik zu Berlin mit Sinus transversus-Thrombose zur Aufnahme kamen; eine Patientin war 2 Mal hintereinander an Sinusthrombose erkrankt, 6 Mal lagen acute, 26 Mal chronische eitrige Mittelohrentzündungen zu Grunde.

Das kindliche Alter war auffallend wenig betroffen, wohl in Folge des anatomischen Baues des Warzenfortsatzes, der Anfangs keine oder nur horizontal angeordnete Zellen hat, bei sehr stark entwickelter hinterer Felsenbeinwand.

Nur 12 Mal war der Sinus transversus allein thrombosirt, 12 Mal war auch die Vena jugularis, je 3 Mal der Sinus petros. inf. und sup. mitergriffen.

Digitized by Google

Zumeist war der Thrombus eitrig, resp. jauchig zerfallen, öfters durch eine Fistel mit der Warzenhöhle in Verbindung. Die Phlebothrombose der Jugularis erstreckte sich 7 Mal bis zur Subclavia.

Die Vene zeigte sich dann oft von bohnengrossen Drüsen begleitet, nicht nur ihre Wand, sondern auch das anliegende Gewebe schmutzig gelb bis schwarzbraun verfärbt. Sie war mehrmals an der Schädelbasis von Eiter umlagert, der sich öfters zu grösseren Abscessen anhäufte.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bestanden Durchlöcherungen des Trommelfelles bei oft höchst fötider Eiterung; in 4 Fällen war aber die Entzündung in der Paukenhöhle schon abgelaufen und das Trommelfell nicht mehr entzündet.

Die Warzenzellen waren fast ausnahmslos mit Eiter, Cholesteatommassen oder von Granulationen erfüllt resp. zerstört. Fast in allen Fällen reichte die Erkrankung des Warzenfortsatzes in die Fossa sigmoidea hinein bis an den Sinus. Sehr bemerkenswerth ist das häufige Vorhandensein von Sclerose des Warzenfortsatzes, wobei eine dicke Knochenschicht den Herd des Eiters deckte und demselben den Austritt nach aussen wehrte.

Der Sinus selbst war meist äusserlich verfärbt, oder mit Eiter, Jauche oder Granulationen bedeckt, seine Wand bald verdickt, bald gangränös oder fistulös durchbrochen; zwischen derselben und dem Knochen fanden sich oft grössere Eitermengen. Von cerebralen Complicationen fand sich Hirnabscess in den 34 Fällen 5 Mal, Meningitis 13 Mal; fünf von den übrigen Fällen wurden geheilt. 16 Mal kamen Lungenmetastasen, 4 Mal solche in den Gelenken zur Beobachtung.

Schwindel und Uebelkeit mit Erbrechen oder Brechneigung bestand fast in allen Fällen, ebenso Kopfschmerzen, meistens der kranken Seite entsprechend; auch wurde bei fast allen Kranken Druckempfindlichkeit am Processus mastoideus constatirt. Unruhe, Delirien, Apathie bis zur Somnolenz wurden nicht nur bei den complicirten, sondern auch bei den reinen Fällen beobachtet.

Das wichtigste Symptom war aber die Temperatursteigerung; die Curven sind fast durchweg steil mit häufigen und jähen Schwankungen; in der Mehrzahl der Fälle setzte die Erkrankung mit Schüttelfrost ein, der bald vereinzelt blieb, meist aber von zahlreichen Schüttelfrösten gefolgt war.

In der Hälfte der daraufhin untersuchten 20 Fälle zeigten sich pathologische Veränderungen am Augenhintergrunde, Hyperämie, Neuritis optica und am häufigsten Stauungspapille, ohne dass dabei über das Auge geklagt wurde.

Im Gegensatz zu den Angaben der Literatur entfällt bei diesen Kranken ein grösserer Procentsatz auf die reinen Fälle von Sinuserkrankungen ohne cerebrale Complicationen.

Die Diagnose der Sinusthrombose wird durch ihr Fortschreiten auf die Vena jugularis um Vieles sicherer. Die intravitalen Symptome der früher erwähnten pathologisch-anatomischen Veränderungen sind: Empfindlichkeit längs der Jugularis spontan und bei Druck, Gefühl von einem derben und empfindlichen Strange im Verlaufe und Schwellung der Weichtheile längs derselben, Drüsenschwellung, Schmerz in der

Digitized by Google

betreffenden Halsseite bei Bewegungen des Kopfes, selbst Torticollis und Schmerzen beim Schlingen trotz intacten Rachens.

Die Prognose ist nicht günstig, Angesichts der Schwierigkeit der Diagnose, Angesichts der im Körper bereits zerstreuten Keime und der Unzulänglichkeit des chirurgischen Eingriffes, der das Fortschreiten der Phlebothrombose weder am peripheren noch am centralen Ende mit Sicherheit aufhalten kann.

Keine Hoffnung bleibt selbstverständlich bei der Complication mit eitriger Leptomeningitis, nur geringe bei circumscripter eitriger Leptomeningitis, Hirnabscess und ausgedehnten pyämischen Metastasen. Die Statistik wird wohl günstiger werden bei zielbewusstem Aufsuchen des Herdes, wie Zaufal es zuerst empfohlen hat. Nur zweifellos ausgeprägte eitrige Meningitis stellt eine Contraindication dagegen dar.

Früher erachtete man bei Sinusthrombose und Pyämie die Aufmeisselung des Antrum mastoideum versuchsweise als zulässig, während heute nach dem Vorschlage von Zaufal das Freilegen des Sinus als Ziel des Handelns gilt. Wenn nach der Eröffnung des Herdes im Warzenfortsatze trotz intacten Sinus schwere pyämische Erscheinungen fortdauern, so liegt die Berechtigung vor, an die Localisation der Thrombose im Bulbus jugularis oder z. B. im Sinus petrosus zu denken und die Unterbindung der V. jugularis vorzunehmen; eine schwächere Füllung der Vene wird diese Annahme unterstützen. Unter allen Umständen gerechtfertigt ist die breite Incision des Sinus, wenn die Punction eitrigen oder jauchigen Zerfall ergeben hat.

Von den 34 Kranken sind 6 geheilt worden. Einer nach ganz expectativem Verhalten, drei nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, zwei durch Entleerung des Eiters aus dem incidirten Sinus. Diese Eröffnung des Sinus wurde im Ganzen 7 Mal ausgeführt.

Gomperz.

Ueber einige wesentliche Verbesserungen meiner federnden Drucksonde und deren therapeutische Anwendung bei gewissen Formen chronischer Hörstörungen. Von Prof. Dr. A. Lucae. (Sonderabdruck aus der Berliner klin. Wochenschrift No. 16, 1894.)

Der Gedanke, dass wegen der grossen selbstständigen Bewegungsfähigkeit des Trommelfelles nur ein Bruchtheil der durch therapeutische Lufteintreibungen erzeugten Trommelfellbewegungen auf die Gehörknöchelkette übertragen wird, legte es L. schon vor 10 Jahren nahe, die passiven Bewegungen zum Zwecke der Hörverbesserung an dem von dieser Kette allein zugänglichen Hammergriff direct vorzunehmen. Der von L. zu diesem Zwecke construirte Apparat besteht aus einem Cylinder, in welchem ein Stift federt, der an seinem freien Ende eine Pelotte zum Aufsetzen des Instrumentes auf den kleinen Hammerfortsatz trägt. Da gerade das Aufsetzen des Instrumentes am schmerzhaftesten ist, so soll es gleich so geschehen, dass die Pelotte während der ganzen folgenden Druckbewegungen an derselben Stelle verbleiben kann. Durch eine in neuerer Zeit angebrachte Stopfbüchse ist die Führung des Instrumentes sicherer und das unangenehme Reibegeräusch abgeschwächt worden. Gleichzeitige Application von Kälte in der Form, dass die mit etwas Watte armirte Pelotte vor dem Gebrauche in ein zum Gefrieren gebrachtes Desinficiens

Digitized by Google

getaucht wurde und vorherige Anaesthesirung mit 10—15 pCt. Cocainlösung stumpfen die Empfindlichkeit des kleinen Fortsatzes bedeutend ab.

Die geübte Hand kann auch diagnostische Vortheile aus dieser Methode ziehen, da sie bald lernt, den Grad des Widerstandes und der Unbeweglichkeit des Hammergriffes zu ermessen und damit zu erkennen, ob eine Erkrankung des schallleitenden Apparates oder des Labyrinthes vorliegt. Während die vor der Drucksondenbehandlung applicirten Lufteintreibungen gar keine oder selbst verschlechternde Wirkung gehabt hatten, besserten sie nach derselben angewendet nicht selten das Gehör, weil der schallleitende Apparat befähigter gemacht war, Schallbewegungen des Trommelfelles aufzunehmen. Noch besseren Effect hatte dann die „pneumatische Massage" mit dem Delstanche'schen Rarefacteur. Bei Atrophie des Trommelfelles ist sie contraindicirt.

Auch subjective Gehörsempfindungen wurden oft durch die Anwendung der Drucksonde beseitigt, auch hier ist, wie bei den Lufteintreibungen, schon der Erfolg einmaliger Anwendung entscheidend für die Prognose.

Hitschmann.

---

b) Rhinologische:

Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden. Von Ed. Paulsen. (Mittheilungen f. d. Verein schleswig-holst. Aerzte No. 17, 1893.)

Um Auskunft über das Vorkommen Friedländer'scher oder ihnen ähnlicher Kapselbacillen in der Nasenhöhle zu erhalten, stellte P. systematische Untersuchungen des Nasensecretes bei verschiedenartigen Nasenkrankheiten an, nachdem derselbe im Gegensatz zu Besser, Berliner, Thost, Hajek derartige Bacterien in der gesunden Nasenhöhle und beim sporadischen Schnupfen nicht hatte auffinden können. Zunächst gelang es, das Vorkommen eines zur Friedländer'schen Gruppe gehörenden schleimbildenden Kapselbacillus stets in grossen Mengen, oft als Reincultur sowohl bei der einfachen, atrophirenden Rhinitis als bei der fötiden, atrophirenden Rhinitis festzustellen, so dass also der zur Muschelatrophie führende Entzündungsprocess überhaupt sich durch die Anwesenheit dieser Bacterien auszeichnete. Einen in dieser Beziehung negativen Befund erhielt P. dagegen bei 46 Personen mit gesunder Nase und bei 105 Personen mit anderweitigen acuten und chronischen Erkrankungen der Nasenhöhle, nämlich bei 28 Fällen von sporadischem Schnupfen verschiedener Stadien, 4 fibrinösen Rhinitiden, 13 hochgradigen hyperplastischen Rhinitiden mit Bildung von Schleimpolypen oder papillomatöser Entartung der unteren Muschel, 13 Fällen von lange dauernden einseitigen oder doppelseitigen eitrigen Processen der Nasenhöhle in Folge von Nebenhöhlenentzündungen, Lues, Zahnwurzelerkrankungen u. s. w. und endlich bei 47 einfachen chronischen Rhinitiden mit mehr oder weniger spärlichem und nur geringe eitrige Beimischung zeigendem Secrete. Ein anderes Resultat ergaben dagegen 15 derartige chronische Rhinitiden mit reichlichem, eitrigen, krustenbildenden Secrete, indem sich hier die schleimbildenden Kapselbacillen in enormen Mengen feststellen liessen. Da diese Krankheitsfälle sich nur durch den Mangel der abnormen Kleinheit einer Muschel von den einfachen, atrophirenden Rhini-

Digitized by Google

tiden unterschieden, sonst aber in jeder Beziehung, in den Krankheitserscheinungen, im Verlaufe, in der Prognose, in dem Widerstand gegenüber therapeutischen Eingriffen mit ihnen übereinstimmen, so glaubt P. mit Rücksicht auf den gleichen bacteriologischen Befund und auf die Thatsache, dass auch die fötide atrophirende Rhinitis nicht immer eine Muschelatrophie erkennen lässt, derartige Fälle den einfachen atrophirenden Rhinitiden zuzählen zu dürfen. Aus seinen Untersuchungen zieht Verf., mit dem Vorbehalt weiterer Bestätigung durch ein grösseres Material, den Schluss, dass dieser schleimbildende, dem Friedländerschen nahestehende Kapselbacillus eine chronische eitrige Entzündung der Nasenschleimhaut hervorruft, welche zur Muschelatrophie führen und durch das Hinzutreten eines eigenartigen, seiner Aetiologie nach unbekannten Foetors complicirt werden kann. Sein Beweismaterial umfasst 51 Fälle, nämlich 13 fötide atrophirende Rhinitiden: davon 9 mit Muschelatrophie, 4 ohne dieselbe, und 38 einfache atrophirende Rhinitiden: 23 mit Muschelatrophie, 15 ohne dieselbe. Die bacteriologischen Einzelheiten müssen nachgesehen werden im Original oder im Centralblatt für Bacteriologie, XIV. Band, No. 8. Autoreferat.

III. Kritik.

Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen. Von Dr. Rudolf Haug in München. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Während die Krankheiten anderer Organe schon längst mehr oder weniger eingehende Darstellungen bezüglich ihres Zusammenhanges mit den übrigen Organ- und Allgemeinerkrankungen erfahren haben, ist dieses Thema, einige Dissertationen und Vorträge abgerechnet, für das Ohr bisher noch nie in zusammenfassender systematischer Weise behandelt worden. Je zahlreicher und auf den ersten Blick undurchdringlicher die Hindernisse sind, welche sich der modernen Forschung auf dem Gebiete der Medicin entgegenstellen, um so entschiedener musste sich die Ueberzeugung Bahn brechen, dass nur durch ein concentrisches Vorgehen, und von dem Boden der verschiedenen Special-Disciplinen aus, ein wirklicher Fortschritt zu erreichen sein werde. So hat denn die Fülle medicinischer Fragen nicht mehr die Medicin allein beschäftigt, sondern, weit hinausgetragen über den allzu engen Kreis der anatomisch-klinischen Untersuchungsmethoden, haben sie mit wachsender Lebendigkeit ebenso die Experimental-Untersucher, wie eine Reihe hervorragender Botaniker, Chemiker und Physiologen in Bewegung gesetzt, um eine allmählige Lösung anzubahnen.

Es muss daher als ein höchst verdienstvolles Unternehmen bezeichnet werden — denn die Schwierigkeiten derselben kann nur der Fachmann beurtheilen — wenn Verf. es versucht, auf Grundlage eines reichen Materials die Verbindung zwischen Ohr- und Allgemeinerkrankungen zu schildern. Das 256 Seiten umfassende und 102 Original-Trommelfellbilder enthaltende Buch ist grösstentheils auf eigene Beobachtungen und Erfahrungen des Verf. aufgebaut und wenn es auch nur dem allgemeinen Practiker gewidmet ist, so besitzt es durch vielseitige Anregung und

Digitized by Google

durch seine äusserlich und innerlich einheitliche Gestalt den immer schwerer zu erringenden Vorzug, auch dem Ohrenarzt so manche Belehrung zu gewähren.

In 18 Kapiteln werden folgende Erkrankungen als pathogenetisch für das Ohr kurz doch verständlich, erschöpfend geschildert. Acute Infectionskrankheiten; chronische Infectionskrankheiten; allgemeine Ernährungsstörungen und Anomalien der Blutmischung; Kreislaufsstörungen; Erkrankungen des Urogenitalapparates; Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute; Intoxicationen; Hautkrankheiten, Krankheiten des Verdauungstractus; der Zähne.

Wohin wir blicken, haben wir ein Werk vor uns, dem man die selbstständige Bearbeitung auf jeder Seite ansieht. Wir hören bald den erfahrenen Anatomen, bald den gewandten Physiologen, es tritt uns der geübte Histologe entgegen und last not least der fein beobachtende Kliniker.

Nachdem das Buch zunächst zum Gebrauche des practischen Arztes und der Studirenden bestimmt ist, hat Verf. dementsprechend das Hauptgewicht auf Wiedergabe unseres Wissens gelegt, so weit dasselbe als ein gesichertes und feststehendes allgemein anerkannt ist, und er hat innerhalb dieser Grenzen ein übersichtliches, in allen wesentlichen Zügen vollständiges Bild von dem jetzigem Stand und Umfang unserer Disciplin entworfen. Bei Erörterungen von Fragen, über welche bisher eine Einigung der Ansichten noch nicht hat erzielt werden können, sind die letzteren in objectiver und rein sachlicher Weise wiedergegeben und vielfach hat Verf. dem bereits Bekannten Ergänzungen und Erweiterungen auf Grund eigener Forschung hinzugefügt.

Stets dem eigentlichen und Hauptziele des Buches zustrebend, die sich loslösende Specialität der Gesammtheit wieder anzufügen, hat Verf. kein einziges Moment ausser Acht gelassen und uns genöthigt, den Blick auf jene Gesammtmedicin zu heften, ohne deren gründliche Kenntniss eine jede Specialität sich in's Bodenlose verlieren muss.

Wir begrüssen daher das Werk als eine werthvolle Bereicherung unserer Literatur und sind überzeugt, dass der Autor damit Gebiet und Richtung für weitere Studien vorgezeichnet hat.

Die Verlagsbuchhandlung hat das gediegene Werk mit Bezug auf Papier, Druck und Tafeln auf das Würdigste und Munificenteste ausgestattet.

Dr. Kornel-Lichtenberg.

INHALT.

I. Originalien: Schubert: Zur Casuistik schwerer Complicationen der Otitis. — Koerner: Gestielte Exostosen neben der Spina supra meatum. — Ziem: Zur Operation der adenoiden Vegetationen. — Gomperz: Bericht über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde" der 66. Versammlung d. Naturforscher und Aerzte in Wien (Schluss). — II. Referate: a) Otologische: Burger: Angeborene Missbildung der Ohrmuschel und Otoplastik. — Jansen: Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen. — Lucae: Ueber einige wesentliche Verbesserungen meiner federnden Drucksonde und deren therapeutische Anwendung bei gewissen Formen chronischer Hörstörungen. — b) Rhinologische: Paulsen: Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden. — III. Kritik: Haug: Die Krankheiten des Ohres in ihren Beziehungen zu den Allgemeinerkrankungen.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für Ohrenkrankheiten a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVIII. Berlin, December 1894. No. 12.

I. Originalien.

Ein Fall von tuberculöser Otitis media, nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesse.

Vortrag

gehalten in der Warschauer Medicinischen Gesellschaft am 17. April 1894 und auf dem VII. Congress polnischer Aerzte und Naturforscher in Lemberg am 24. Juli 1894

von

Dr. **L. Guranowski** (Warschau).

M. H.! Im December v. J. habe ich Ihnen den 10jährigen Patienten David Hereman wegen ausgedehnter Zerstörungen des Mittelohres vorgestellt und ein Präparat, welches aus dem Ohre des Kranken stammte, demonstrirt. Es war ein Tumor der rechten Trommelhöhle, ein harter Polyp, in welchem die Ohrknöchelchen resp. Reste des cariösen Hammers und des Ambos eingebettet waren. Ich habe damals auf das otoscopische Bild aufmerksam gemacht und hervorgehoben, dass die hintere Paukenhöhlenwand eine grauweisse, der Schleimhaut resp. des Periosts beraubte Oberfläche darstellt, bei der Berührung mit der Sonde sich rauh anfühlt, dass wir es mit einem Worte mit einer ausgebreiteten Necrose des Felsenbeins zu thun haben.

Digitized by Google

Die genaue Untersuchung des Kranken ergab krankhafte Veränderungen in den verschiedenen Organen, welche in Zusammenhang mit dem Verlauf der Ohraffection und der microscopischen resp. bacteriologischen Untersuchung des Ohreiters, der aus der Paukenhöhle entfernten Tumormassen und der Untersuchung des Harnes die Diagnose eines tuberculösen Processes des Mittelohres ermöglichte.

Der Kranke stammt von gesunden Eltern, der Vater lebt, die Mutter ist vor 5 Jahren nach einem Abort gestorben. Unser Patient ist das älteste Kind der Familie, der 8jährige Bruder und die 6jähr. Schwester des Patienten sind gesund. Bis zum achten Lebensjahre hat Patient keine Krankheiten durchgemacht.

Im September 1892 erkrankte er an Scharlach. Der Ausschlag soll unbedeutend gewesen sein und nur kurze Zeit bestanden haben. Im Pharynx soll eine diphtheritische Entzündung constatirt worden sein. In der Reconvalescenz nach dem Scharlach trat bei dem Kranken ein Oedem des Gesichts auf und im Urin wurde Eiweiss nachgewiesen. Im November desselben Jahres bemerkte der Vater eine langsam, aber stets zunehmende Vergrösserung des Bauchumfanges und placirte deshalb den Patienten im Israelitenhospital zu Lublin. Der Kranke blieb im Hospital während vier Wochen. Während seines Aufenthaltes im Hospital betrug der grösste Bauchumfang, gemessen in der Nabelhöhe, 69 Ctm. Eiweiss wurde zu dieser Zeit im Urin nicht nachgewiesen. Im April 1893 traten Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk ein. Das Gelenk war geschwellt, schmerzhaft bei der Berührung, und der Kranke konnte keine Bewegungen mit der rechten oberen Extremität ausführen. Die Schmerzen liessen allmählig nach, die Bewegungen konnten ausgeführt werden, es blieb eine unbedeutende Schwellung zurück. Im Juli stellte sich eine Schwellung des rechten Kniegelenkes ein, die Schmerzen waren sehr stark und das Gehen unmöglich. Im October trat eine Otorrhoe des rechten Ohres auf. Ueber Ohrenschmerzen hat Pat. weder vor dem Eintritt des Ohrenflusses noch im späteren Verlauf geklagt.

Am 5. November 1893 habe ich den Patienten zum ersten Male gesehen. Er consultirte mich wegen rasender Schmerzen des rechten Ohres und der ganzen rechten Kopfhälfte. Die Schmerzen dauern seit fünf Tagen. Der Kranke hat den Appetit verloren und bringt die Nächte schlaflos zu.

Bei der Untersuchung constatirte ich im rechten Meatus audit. ext. einen kirschengrossen, aus der Oeffnung des Gehörganges hervortretenden Tumor. Derselbe war gangränös, von braunschwarzer Farbe. Beim Emporheben der Geschwulst mit der Sonde fiel der Tumor spontan ab. Die otoscopische Untersuchung ergab, dass der ganze äussere Gehörgang mit harten neugebildeten Massen erfüllt war. Einen Stiel konnte ich nicht finden, und ich überzeugte mich mit der Sonde, dass die polypösen Neubildungen nicht nur den äusseren Gehörgang, sondern auch die Paukenhöhle vollständig erfüllten.

Inmitten des spontan abgefallenen Tumors befand sich der Hammer resp. ein Ueberrest des cariösen Hammers und der Ambos. Die cariöse Zerstörung des Hammers trat wahrscheinlich in einer früheren Periode der Erkrankung auf, denn es blieb nur ein Theil seines Kopfes übrig, während die Caries des Ambosses nur seine Gelenkenden afficirt hat.

Digitized by Google

Die Ohreneiterung war sehr profus und stinkend. Der Warzenfortsatz war äusserlich nicht verändert; bei der Palpation konnte man an demselben, namentlich an seiner Spitze, eine starke Schmerzhaftigkeit constatiren. Der Kranke hört weder laute Sprache, noch das Ticken der Uhr. Die Stimmgabeln, sowohl die hohen wie die niedrigen, hört der Kranke beim Weber'schen Versuch deutlich auf der rechten Seite. Rinne negativ.

Bei der Untersuchung der inneren Organe haben wir Folgendes notirt: Die Percussion des Brustkorbes ergiebt in der linken hinteren und unteren Partie der Lunge eine absolute Dämpfung des Percussionsschalles. Die Dämpfung beginnt auf der Höhe des Augulus scapulae. Bei der Auscultation hört man überall vesiculäres Athmen und an den Stellen, welche der Dämpfung entsprechen, wird kein Athmungsgeräusch gehört. Rasselgeräusche sind nirgends zu hören. Der Kranke hustet nicht. Die Bronchophonie ist in den unteren Partien der linken Lunge im Vergleich mit der rechten Seite bedeutend abgeschwächt (Pleuritis exsudat). Der Bauch ist stark vergrössert, in der Nabelgegend kegelförmig gewölbt. Auf der Haut des Bauches sieht man einen stark entwickelten Venenkranz (Caput medusae). Bei der Rückenlage des Kranken tritt in der Nabelgegend eine längliche Hervorwölbung auf, dieselbe ist in ihrer Mitte breit und verjüngt sich nach oben und unten. Man überzeugt sich bei der Palpation mit Leichtigkeit, dass wir es mit einer Hernie der Musc. recti zu thun haben.

Bei der Percussion des Bauches bekommt man überall einen gedämpften Schall, derselbe geht an den seitlichen Bauchpartien in absolute Dämpfung über (Peritonitis exsudativa). Die Leber ist nach oben verschoben und stark vergrössert, der Rand des linken Leberlappens ist deutlich ein fingerbreit unter dem Rippenbogen zu fühlen. Die Milz ebenfalls vergrössert. Der Bauch ist nirgends schmerzhaft.

Der Kranke hat guten Appetit, die Verdauung geht normal von Statten, der Stuhl normal. In der Mundhöhle und im Pharynx konnte nichts Abnormes constatirt werden. In der rechten Nasenhöhle eine sehr starke Schwellung der Septumschleimhaut. Die Herzgrenzen normal, die Herztöne rein. Der Kranke ist blass und schlecht genährt.

Das rechte Ellenbogengelenk geschwellt, die Umrisse des Gelenkes sind verschwommen, Schmerzhaftigkeit nicht vorhanden. Bei der Palpation ersehen wir, dass ein periarticuläres Exsudat noch besteht. Die activen und passiven Bewegungen werden frei und ohne Schmerzen ausgeführt.

Das rechte Kniegelenk stark geschwellt, schmerzhaft bei der Berührung, namentlich in der Fossa poplitea. Der Umfang des rechten Gelenkes beträgt 28 Ctm., während der Umfang des linken gesunden Kniegelenkes nur 24 Ctm. beträgt (Tumor albus). Sowohl beim Stehen wie in liegender Position behält der Kranke das Kniegelenk in Flexionstellung, welche wahrscheinlich die Schmerzhaftigkeit verringert. Jeder Versuch, das Gelenk zu bewegen, steigert die Schmerzhaftigkeit in beeutendem Grade.

Auf der vorderen Fläche des rechten Oberarms in seinem unteren Dritttheil befindet sich ein haselnussgrosses Gumma. Die Geschwulst ist leicht verschiebbar, ziemlich stark geröthet und von weich-elastischer

Digitized by Google

Consistenz. Die Lymphdrüsen sind nirgends vergrössert. Die Körpertemperatur ist nicht erhöht, gemessen zwei Mal täglich während einiger Wochen überschritt dieselbe niemals 37° C.

Die Untersuchung des Harnes ergab Eiweiss und im Sedimente sowohl frei liegende wie auch in den Zellen gelegene Tuberkelbacillen. Bei der Untersuchung des Blutes, welche am 14. Februar 1894 vorgenommen wurde, konnte eine Oligochromaemie, Leucocytose und Neutrophilie nachgewiesen werden. In einem Kubikmillimeter waren 12000 Leucocythen und das Verhältniss derselben zu den rothen Blutkörperchen betrug 1:408. Die bedeutende Vermehrung der neutrophilen Zellen muss theilweise mit der Eiterung, theilweise aber mit der Tuberculose in Zusammenhang gebracht werden.

Im Eiter, welcher aus der Paukenhöhle entnommen wurde, konnte ich bei mehrmaliger Untersuchung Tuberkelbacillen, wenn auch in geringer Zahl (1—2 im microscopischen Felde), neben Streptococcen nachweisen. In der Detritusmasse, welche mittelst Einstrich aus dem Hautgumma entnommen wurde, konnten neben Diplococcen und Streptococcen auch Tuberkelbacillen constatirt werden.

Die microscopische Untersuchung der polypösen Massen, und zwar des grösseren Tumors, welcher spontan abfiel, und der kleineren, später operativ entfernten Neubildungen, zeigt folgenden Befund: Der Bau des spontan abgefallenen Tumors ist sehr ähnlich einem Angiom. Er besteht aus einer grossen Zahl breiter, dünnwandiger Gefässe, zwischen welchen mehr oder weniger reichliches Bindegewebe mit Spindelzellen und fibröse Intercellularsubstanz zu sehen ist. Die dickeren Bälkchen, welche die Gefässe scheiden, sind mit einer geringen Zahl kleiner lymphoiden Zellen infiltrirt. An denjenigen Stellen, wo die Gefässwände dünn sind und aneinander liegen, communiciren die Gefässe untereinander. Inmitten des angiomatösen Gewebes sieht man hier und da Tuberkel, welche das ganze microscopische Feld (Zeiss DD. Ocul. 3), ja sogar noch einen grösseren Raum einnehmen. Die Peripherie des Tumors ist stark, kleinzellig infiltrirt und theilweise ulcerirt; Epithel ist nirgends sichtbar.

Der Bau der kleineren, aus der Trommelhöhle entfernten Neubildungen zeigt ein typisches Tuberkelgewebe mit einer grossen Zahl Riesenzellen, mit käsigen Herden und Detritus. Auf der Peripherie einzelner Tuberkelconglomerate sieht man eine beginnende Entwickelung von fibrösem Gewebe. Die Adventitia der Gefässe ist verdickt und kleinzellig infiltrirt, die Media ebenfalls infiltrirt, wenn auch in geringerem Grade. In den Präparaten aus den Geweben, welche aus dem grösseren Tumor und aus den kleinen Neubildungen angefertigt wurden, konnten wir ebenfalls, wenn auch nur einzelne Tuberkelbacillen nachweisen.

In drei Sitzungen habe ich aus der rechten Paukenhöhle mittelst des Hartmann'schen scharfen Löffels die neugebildeten polypösen Massen entfernt, und diejenigen Collegen, welche den Kranken in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft am 5. December untersucht haben, konnten sich überzeugen, dass die hintere Paukenhöhlenwand deutlich als eine grauweisse Fläche im otoscopischen Bilde sichtbar war.

Die Eiterung wurde nach der Operation bedeutend geringer, die Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes ist geschwunden und die Kopfschmerzen liessen nach.

Digitized by Google

Antiseptische Ausspritzungen und ein Jodoformgazeverband wurden im weiteren Verlauf angewandt.

Nach Verlauf von einer Woche hat sich bei einer Ausspritzung des Ohres der Stapes vollständig gelöst und wurde in toto aus dem Ohre entfernt. Bei den weiteren Ausspritzungen lösten sich später noch kleinere und grössere Knochenpartien des Felsenbeines. Zur Zeit kann ein necrotischer Sequester constatirt werden und im unteren Abschnitt der Trommelhöhle schiessen Granulationen hervor. Patient steht noch in meiner Behandlung und die Therapie besteht in Eingiessungen von Balsam. peruvianum in die Trommelhöhle nach gründlicher Reinigung derselben.

Angesichts des peritonitischen und pleuritischen Exsudates, der tuberculösen Affection des Ellenbogen- und Kniegelenkes, der Tuberculose der Nieren und der Hauttuberculose unterliegt es kaum einem Zweifel, dass in unserem Falle nach einer Scarlatina zuerst eine tuberculöse Peritonitis und erst später Tuberculose anderer Organe und Tuberculose des rechten Mittelohres aufgetreten ist.

Es fragt sich nun, wie sollen wir in diesem Falle vorgehen? Was die Ohraffection anbetrifft, so glaube ich, gestützt auf meine eigene Erfahrung und die Erfahrung Anderer, die Abstossung des Sequesters abwarten zu müssen. Aseptische Ausspritzungen und Eingiessungen von Bals. peruvian. in das Ohr müssen einstweilen die einzige therapeutische Maassnahme bilden.

Die Behandlung der tuberculösen Affectionen der zahlreichen inneren Organe muss meiner Meinung nach, bei der grossen Verbreitung des tuberculösen Processes, auf eine entsprechende diätetische und klimatische Kur beschränkt bleiben, denn von einer chirurgischen Behandlung der Tuberculose des Peritoneum und der Pleura kann hier kaum die Rede sein.

Die Tuberculose des Kniegelenks könnte mit Injection von Jodoformemulsion, eventuell mit einer Combination derselben mit der Bier'schen Methode eingeleitet werden, und die günstigen Resultate von Zeller[1]) und Mikulicz[2]) sprechen auch dafür, dass ein günstiges Resultat auch in unserem Falle erzielt werden könnte.

An den obigen Fall möchte ich einige allgemeine Bemerkungen über die Entstehung, den klinischen Verlauf, die Prognose und Therapie der Mittelohrtuberculose anknüpfen.

Die Tuberculose der Ohrmuschel, welche als Lupus auftritt und von den lupösen Efflorescenzen auf anderen Hautpartien sich nicht unterscheidet, will ich nur kurz erwähnen. Die lupöse Affection tritt hier in der Form von Lupus vulgaris und Lupus erythemathodes auf, entweder primär oder secundär bei lupöser Affection des Gesichtes. Haug hat ausserdem noch eine Form von circumscripter Knotentuberculose, welche hauptsächlich den Lobulus betrifft, beschrieben. Die tuberculöse Affection der Ohrknorpel tritt als Perichondritis der Ohrmuschel auf und führt zu bedeutenden Missgestaltungen der Muschel.

Die Mittelohrtuberculose tritt in der Mehrzahl der Fälle als Com-

---

[1]) Centralbl. für Chirurgie, No. 1, 1894.
[2]) Ibidem, No. 12. 1894.

Digitized by Google

plication der Lungentuberculose und der Tuberculose anderer Organe auf, kann aber auch primär im Ohre sich entwickeln.

Die Infection des Mittelohrs von der Tuba Eustachii aus wird allgemein als die häufigste betrachtet. Und in der That, man muss berücksichtigen, dass bei Tuberculose der Nase, der Nasenrachenhöhle und der Lungentuberculose die Schlingbewegungen, der Husten, das Nasenschneuzen, mit einem Worte, alle Zwangbewegungen, welche im Stande sind, die Tubenmündungen zu lüften, Schleim, Sputumpartikel etc., welche Tuberkelbacillen enthalten, in die Paukenhöhle schleudern können, dann wird es auch verständlich werden, dass auf diese Weise Tuberkelbacillen mit Leichtigkeit in die Trommelhöhle gelangen können und ihre Schleimhaut inficiren.

Die erweiterten Tubenmündungen, welche wir gewöhnlich bei Phthisikern antreffen, erleichtern noch in hohem Maasse das Eindringen der infectiösen Massen.

Die bahnbrechenden Untersuchungen von Habermann[3]), welche sehr viel zur Aufklärung der Mittelohrtuberculose beigetragen haben, haben erwiesen, dass zuerst die Paukenhöhlenschleimhaut in dieser Weise inficirt wird und dass erst später der tuberculöse Process, durch Verbreitung in den unterhalb der Schleimhaut gelegenen Gewebsschichten, durch Bildung von tuberculösen Infiltraten und einzelner Tuberkel und Zerfall der letzteren durch Bildung von Ulcerationen auf das Knochengewebe übergreift. Eine Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn lässt sich jedoch nicht vollkommen ausschliessen. Es sprechen dafür diejenigen Fälle, in welchen bei unzweifelhafter Tuberculose des Mittelohres (Bacillen im Eiter und im Gewebe der Paukenhöhlenschleimhaut) die Schleimhaut der Tuba Eustachii keine krankhafte Veränderung zeigt. Andererseits, wie könnte man sich die Entstehung von tuberculöser Affection des Mittelohres bei sogenannten scrophulösen Kindern erklären, und schliesslich diejenigen Fälle, in welchen eine primäre Tuberculose des Schläfebeines resp. des Warzenfortsatzes ohne gleichzeitige Affection der Paukenhöhle vorliegt. Wir müssen also mit Moos[4]) annehmen, dass die Infection der Paukenhöhle sowohl auf dem Wege der Tuba Eustachii, wie auch durch die Blut- und Lymphbahn eintreten kann.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche wir im Mittelohre beobachten, betreffen das Trommelfell, die Paukenhöhle, die Tuba Eustachii und den Warzenfortsatz. Schwartze[5]) hat Tuberkel des Trommelfelles bei Kindern, welche mit Miliartuberculose behaftet waren, beschrieben. Dieselben waren von Stechnadelkopfgrösse und grösser. Das ganze Trommelfell war in diesen Fällen getrübt, graugelb, und die Trübung war von einem schleimig-eitrigen Exsudat in der Trommelhöhle abhängig. Bei der Untersuchung dieser Fläche an der Leiche erschienen dieselben, von der Paukenhöhle betrachtet, etwas gewölbt und überragten ein wenig das Niveau der Schleimhaut, auch waren sie genau abgegrenzt. Bei Erwachsenen mit chronischer Lungentuberculose hat Schwartze

---

[3]) Ueber die tuberculöse Infection des Mittelohres. Prager Zeitschr. für Heilkunde, Bd. 6, u. Zeitschr. für Heilk., 1888.

[4]) Zeitchr. für Ohrenheilk., Bd. 20.

[5]) Lehrb. d. Ohrenheilk., S. 124.

Digitized by Google

ebenfalls oft gelbliche, etwas über das Niveau erhabene Flächen beobachtet, welche rasch ulcerirten. Die auf dem Trommelfell auftretenden Knötchen verursachen, indem sie rasch zerfallen, Perforationen des Trommelfells an mehreren Stellen. Diese Perforationen fliessen dann zusammen und bilden in dieser Weise eine grosse Perforation oder 2 resp. 3 Perforationen, welche durch einen Streifen Trommelfellgewebe getrennt erscheinen. Dieser ganze Vorgang spielt sich ohne bedeutende Reaction des Trommelfells ab, es tritt weder Schwellung noch Hyperämie ein. Am häufigsten localisirt sich die Trommelfelltuberculose in der unteren Trommelfellhälfte (Habermann), obgleich auch in den hinteren und oberen Abschnitten das Auftreten primärer Herde beobachtet wurde, und Albert H. Buch[6]) betrachtet sogar die Entstehung von Perforationen in den hinteren oberen Abschnitten des Trommelfelles als characteristisch für tuberculöse Affection des Trommelfelles. Ein ganz ähnliches Bild sehen wir bei der eitrigen Otitis media im Verlauf von allgemeiner Tuberculose, wir unterscheiden aber eine selbstständig entstandene Myringitis tuberculosa, welche ohne gleichzeitige Affection des Mittelohres auftreten kann.

Die Perforationsränder sind verdickt, erhaben und oft mit Granulationen bedeckt. Bei der microscopischen Untersuchung sehen wir eine Zellenwucherung sowohl in senkrechter wie auch in horizontaler Richtung und es können sich polypöse Wucherungen bilden. Hier und da sehen wir eine stärkere Gefässinjection, eine Infiltration der Gefässwandungen und des Trommelfellgewebes mit runden und mehrkernigen Zellen. Die pathologischen Veränderungen in der Paukenhöhle sind Dank den Arbeiten von Steinbrügge, Truckenbrod, Habermann, Moos und Gomperz recht genau untersucht.

Die Paukenhöhlenschleimhaut ist geschwellt und mit kleinzelligen Infiltraten versehen. Hier und da geht dann die kleinzellige Infiltration in einen typischen Tuberkel über. In einer späteren Periode tritt käsiger Zerfall des Tuberkels ein, namentlich im Centrum, oder es bilden sich in einem zarten Netz zahlreiche Conglomerate von kleinen Zellen und einzelne Riesenzellen. Das Epithel erscheint getrübt oder vollständig zerstört, die kleinzellige Infiltration dringt durch die Schleimhaut in das Periost, entblösst den Knochen und führt schliesslich zur oberflächlichen Caries oder zu tieferen Zerstörungen und Knochennecrose.

Habermann behauptet, dass die Gegend des Promontoriums am häufigsten afficirt erscheint, während Gomperz die Gegend der Fenster und des Atticus tympanicus als die am häufigsten von tuberculöser Affection behafteten aufstellt.

Wie ich schon oben bemerkt habe, verbreitet sich der tuberculöse Process in der Tiefe und führt zu ausgedehnten curiösen Zerstörungen des Felsenbeins, welche in manchen Fällen colossale Strecken einnehmen. Einer cariösen Zerstörung unterliegen auch die Gehörknöchelchen. Die Schleimhautfalten, welche die Gehörknöchelchen umgeben, zeigen tuberculöse Infiltrate, welche dann auf das Periost der Gehörknöchelchen sich verbreiten. Schon v. Tröltsch[7]) hat darauf aufmerksam gemacht,

[6]) New-York med. Journal, 1886, u. Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 24.
[7]) Gesammelte Beiträge zur pathol. Anatomie des Ohres, St. 94.

Digitized by Google

dass bei der Caries der Gehörknöchelchen immer nur das Köpfchen des Hammers übrig bleibt, während das Membrium verloren geht. Infolge des cariösen Processes, welcher am Hammerhalse vor sich geht, wird der Hammer an dieser Stelle vom Köpfchen abgelöst und fällt dann ab.

Gleichzeitig mit dem Hammer wird auch der Ambos von der Caries ergriffen, seltener der Stapes. Schwartze[8]) hat eine partielle Zerstörung der Stapesplatte bei einem an Miliartuberculose verstorbenen Kinde beobachtet und citirt ausserdem zwei eigene Beobachtungen und einen Fall von Böck, in welchem bei Tuberculose eine vollständige Ablösung des Stapes eingetreten ist. Das seltene Ergriffensein der Stapesplatte erklärt Steinbrügge damit, dass die innere Fläche der Stapesplatte vom Endosteom des Vestibulum bedeckt ist, welches nicht direct der Einwirkung des Krankheitsprocesses ausgesetzt ist. Ausserdem wird derselben genügend Ernährungsmaterial von den Labyrinthgefässen zugeführt, während die Ernährung des Hammers und des Ambosses auf die sie umgebenden Weichtheile angewiesen ist und diese unterliegen doch rasch einer Necrose. Unser oben citirter Fall ist auch in dieser Hinsicht lehrreich und bestätigt gewissermassen die Steinbrügge'sche Ansicht. In unserem Falle musste in Folge einer bedeutenden necrotischen Zerstörung des Felsenbeins das Endosteom vom tuberculösen Process ergriffen werden und der Stapes wurde vollständig ausgestossen.

Die Tuba Eustachii wird sowohl an ihrem pharyngealen wie auch am tympanalen Ende vom tuberculösen Process ergriffen. Die pharyngeale Oeffnung wird gewöhnlich bei Pharynxtuberculose in Mitleidenschaft gezogen. Schwartze hat tuberculöse Geschwüre, welche in die untere Oeffnung der Tuba Eustachii drangen, gesehen. Die Geschwüre waren recht tief und haben auch die Knorpel ergriffen. Wendt hat ebenfalls solche Geschwüre gesehen, dieselben sassen an den Lippenrändern der Tubenöffnung, ausserdem hat dieser Autor miliare Tuberkel beobachtet. Diese Ulcerationen können vernarben und es bilden sich in diesen Fällen recht dicke und feste Narben, welche entweder zur Stenose oder auch zum vollständigen Verschluss der Oeffnung führen können.

Es können auch paretische und paralytische Zustände der Tubenmuskeln neben Schleimhautulcerationen auftreten. Ausser diesen secundär entstandenen Ulcerationen der Tuba Eustachii wurden auch primäre tuberculöse Salpingitiden, wenn auch selten, beobachtet.

Die Knochenwände der Paukenhöhle zeigen bei Tuberculose, wie schon oben bemerkt wurde, bedeutende cariöse Zerstörungen.

Ein viel grösseres practisches Interesse bieten für uns die in dem Warzenfortsatze sich abspielenden tuberculösen Processe. Die Tuberculose des Warzenfortsatzes ist eine ziemlich häufige Affection und kann primär oder secundär auftreten.

Die secundären Formen sind bedeutend häufiger und entwickeln sich allmählig im Verlauf einer chronischen Otitis media suppurativa bei tuberculösen Patienten. Der Process dringt allmählig von der Paukenhöhle in das Antrum mastoideum und dann in die Zellen des Warzenfortsatzes. In den vom tuberculösen Process ergriffenen Warzenfortsätzen finden wir grosse, mit ausgenagten Rändern versehene Löcher oder

[8]) L. c.

Digitized by Google

mehrere kleinere Oeffnungen. Die Oeffnungen sind vollständig mit käsigen Massen, mit zerfallenen blassen Granulationen und kleinen abgelösten Knochenpartikelchen erfüllt. Wir haben mit einem Worte ein typisches Bild einer Otitis tuberculosa vor uns. Von der Dauer des Krankheitsprocesses wird eine mehr oder weniger ausgebreitete Zerstörung des Knochens abhängig sein. Die Schleimhaut des Antrum und der Zellen des Warzenfortsatzes ist geschwollen, das Epithel getrübt und in weit fortgeschrittenen Fällen treten Infiltrate der Schleimhaut und Tuberkel auf. Die Infiltrate erreichen schliesslich das Periost und den Knochen und führen zur Caries necrotica.

Ich gehe jetzt zur Beschreibung des klinischen Verlaufes der Mittelohr-Tuberculose über. Wir müssen hier unterscheiden eine acute und eine chronische Otitis media.

Es muss hervorgehoben werden, dass die acute Form ein characteristisches Symptom zeigt, welches dieselbe von der genuinen Otitis media deutlich unterscheidet, d. i. ein fast absoluter Mangel an Schmerzhaftigkeit. Bei der genuinen Otitis media sind die Schmerzen vor dem Eintritt der Trommelfellperforation sehr stark und dauern so lange, bis das Trommelfell perforirt wird und das Exsudat resp. der Eiter nach aussen seinen Ausweg findet. In den Fällen von acuter Otitis media tuberculosa ist die eintretende Perforation des Trommelfells das Resultat vom Zerfall der Tuberkel und damit können wir uns den Mangel von Schmerzen erklären. Die Kranken klagen auch dementsprechend in der Periode vor dem Eintritt der Perforation nur über Ohrensausen und Gehörsabnahme. Die Untersuchung solcher Kranken erweist eine bedeutende Abnahme des Gehörs, ein mehr oder weniger getrübtes Trommelfell und an einer oder mehreren Stellen kleine Trommelfellperforationen. Die von Schwartze zuerst beschriebenen Tuberkel des Trommelfells habe ich bei einem 20jährigen Jüngling mit Lungentuberculose beobachtet. In diesem Falle, welchen ich während einiger Monate beobachtet habe, konnte ich genau einen Zerfall von vier Knötchen und das Zusammenfliessen der aus ihnen entstandenen Perforationen in eine grosse Perforation im unteren hinteren Quadranten sehen. Der Kranke ist an Lungentuberculose gestorben. In der letzten Zeit konnte ich ausserdem bei einer 28jährigen Dame, welche eine rechtsseitige Otitis media hatte, ebenfalls zwei Knötchen zu beiden Seiten einer im vorderen unteren Quadranten des Trommelfells sitzenden Perforation beobachten. Die rechte Lungenspitze war Sitz eines tuberculösen Processes. In meinen Fällen habe ich die Beobachtung machen können, dass die Tuberculose des Trommelfells und des Mittelohrs meistens nur auf ein Ohr beschränkt geblieben ist, und zwar war in der Mehrzahl der Fälle die rechte Seite die häufiger ergriffene. Bobone hat im Gegentheil am häufigsten die linke Seite notirt und bringt dies in Zusammenhang mit der häufigeren Affection der linken Lungenspitze. In den beiden Fällen von Eschle war ebenfalls die linke Seite ergriffen. Fränkel hat wiederum 3 Mal das rechte Ohr, während v. Tröltsch 3 Mal das rechte und 2 Mal das linke Ohr notirt hat. In den Fällen von Nathan war kein Unterschied in dem Ergriffensein der Seiten. Es erscheint also, dass die Häufigkeit des Ergriffenseins dieser oder jener Ohrseite vom Zufall abhängig ist. In denjenigen Fällen, wo wir es mit doppelseitiger Ohr-

Digitized by Google

affection zu thun hatten, waren meist auch beide Lungen von der Tuberculose befallen.

Die Ohrenärzte haben sehr selten Gelegenheit, tuberculöse Ohraffectionen in ihren Anfangsstadien zu beobachten. Es wiederholt sich auch hier dasselbe, was wir überhaupt von den Krankheiten des Ohres im Allgemeinen sagen können. Sowohl der Kranke, wie auch der Arzt richten ihr ganzes Augenmerk auf den Larynx, Pharynx und die Lungen. Dem Ohr wird nicht die geringste Aufmerksamkeit geschenkt.

Ich erkläre mir dies erstens durch den geringen oder ausbleibenden Schmerz und zweitens durch die Einseitigkeit der Affection. Ausserdem hat weder der Arzt, noch der Patient die leiseste Ahnung davon, dass dem Patienten seitens des Ohres die grösste Gefahr drohen kann. Erst nachdem durch eine Mischinfection resp. mit Streptococcen eine Verbreitung des Processes und Schmerzen eintreten, erst dann wird dem Ohr Aufmerksamkeit geschenkt, und bei der in dieser Periode vorgenommenen Untersuchung finden wir bereits bedeutende Zerstörungen der Trommelfelle, Caries der Gehörknöchelchen, Granulationen, Caries des Felsenbeines und des Warzenfortsatzes. Diese Fälle führen sehr selten zur Heilung, alle möglichen therapeutischen Methoden erweisen sich nutzlos und es tritt in den meisten Fällen in relativ kurzer Zeit der Tod ein in Folge von tuberculöser Meningitis oder in Folge einer Ausbreitung der Lungentuberculose.

Aus einer grossen Anzahl von mir beobachteten Fällen von Otitis media tuberculosa möchte ich eine kurze Beschreibung einiger Krankengeschichten mittheilen, da dieselben am besten die characteristischen Merkmale der tuberculösen Mittelohrentzündungen uud ihren Verlauf illustriren.

Beobachtung I. Im April 1891 consultirte mich Herr P. S. Patient ist 40 Jahre alt und leidet seit 3 Jahren an den Lungen. Der Kranke wurde von Dr. Nieszkowski behandelt. Patient hustet fortwährend, wirft eine grosse Quantität Sputum aus und hat nächtliche Schweisse. Die Körpertemperatur ist erhöht. Aus beiden Ohren fliesst seit mehreren Wochen reichlich Eiter. Das Gehör bedeutend herabgesetzt, der Kranke hört laute Sprache undeutlich dicht vor der Ohrmuschel. Die Taschenuhr wird nicht gehört, die Stimmgabeltöne sehr schwach am Processus mastoideus.

Am linken Warzenfortsatz empfindet Patient beim Druck unbedeutende Schmerzen; äusserlich zeigt der Warzenfortsatz weder Schwellung noch Röthung. Im Paukenhöhleneiter — Tuberkelbacillen. Die Trommelfelle zeigen beiderseits zwei Perforationen, welche symmetrisch im hinteren unteren und im vorderen unteren Quadranten gelegen sind und durch den cariösen Hammer, welcher in der Gestalt eines Nagels hineinragt, getrennt erscheinen. Die Schleimhaut der Paukenhöhle ist mit reichlichem Eiter bedeckt, welcher aus der Tiefe hervorquillt. Nach dem Austrocknen sieht man die blasse hintere Paukenhöhlenwand Ich habe den Kranken während 4 Wochen beobachtet und alle möglichen in diesen Fällen empfohlenen Mittel angewandt; ohne jeglichen Erfolg. Der Krankheitsprocess verbreitete sich in der Richtung des Atticus tympanicus und gegen das Antrum. Ich verordnete dem Kranken einen Sommeraufenthalt auf dem Lande und local antiseptische Ohrbäder. Ich habe

Digitized by Google

später erfahren, dass Patient nach Verlauf von 1½ Jahren seinem Lungenleiden erlag.

Beobachtung II. Dieser Fall betrifft einen stud. med., welchen ich zufällig im Ambulatorium des St. Rochus-Hospitals untersucht habe. Bei der Untersuchung fand ich eine ziemlich grosse Perforation im vorderen unteren Quadranten des Trommelfells und eine zweite ganz kleine Randperforation hinten unten in der Nähe des Annulus tympanicus. Der Rest des Trommelfells war getrübt, nirgends weder Hyperämie noch injicirte Gefässe zu sehen. Aus der Trommelhöhle trat etwas Eiter hervor. Der Warzenfortsatz war bei der Palpation nicht schmerzhaft und äusserlich nicht verändert. Das Gehör bedeutend herabgesetzt. Da der Process im Ohre, welcher einige Wochen dauerte, ohne Schmerzen auftrat, zu einer grossen Perforation geführt hat und eine bedeutende Herabsetzung des Gehörs verursachte, da ausserdem noch eine zweite kleine Perforation, welche sehr ähnlich denjenigen war, die bei Tuberculose des Trommelfells auftreten, bestand, so stellte ich in diesem Falle die Diagnose: Tuberculose des rechten Mittelohres. Der Eiter wurde auf Tuberkelbacillen nicht untersucht. Meine Diagnose, welche ich in Anwesenheit des Patienten laut ausgesprochen habe, veranlassten denselben, wie ich später erfahren habe, zu behaupten, dass ich einen diagnostischen Fehler begangen habe, da er doch niemals lungenleidend war und hereditär nicht belastet ist. Patient suchte später Hilfe bei anderen Specialisten, ob er aber denselben meine Diagnose mitgetheilt hat, weiss ich nicht anzugeben. Sicher ist aber, dass der Kranke nach Verlauf von einigen Monaten Hämoptoe bekam und dass sich bei demselben Tuberculose der Lungen entwickelt hat.

Der obige Fall beweist uns, dass die Tuberculose des Ohres ein frühzeitiges Symptom der sich später entwickelten Lungentuberculose gebildet hat, und dass wir in einem frühen Stadium aus der Entstehungsart und aus dem klinischen Verlauf der Mittelohrentzündung die Tuberculose des Ohres, auch ohne Untersuchung des Eiters auf Bacillen, stellen konnten.

Beobachtung III. In diesem Falle handelte es sich um den Patienten M., welchen ich im Jahre 1892 auf der chirurgischen Abtheilung des St. Rochus-Hospitals unter gütiger Assistenz der Collegen Gabszewicz und Kruszewski operirt habe. Wir hatten bei dem Kranken eine rechtsseitige eitrige Mittelohrentzündung. Patient ist 30 Jahre alt und leidet seit zwei Jahren an Lungentuberculose. Nach der Aussage des Patienten soll die Eiterung aus dem Ohre einige Wochen nach überstandener Influenza eingetreten sein. Bei der Untersuchung des Patienten habe ich eine profuse Eiterung, eine vollständige Destruction des Trommelfells, eine starke Schwellung der oberen Wand des knöchernen Meatus und eine Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes, namentlich an seiner Spitze constatirt. An der hinteren oberen Paukenhöhlenwand sieht man mehrere Granulationen, welche wahrscheinlich aus dem Antrum mastoideum in die Paukenhöhle hineinwuchern. An den beiden Lungenspitzen ausgesprochene Symptome von Tuberculose; im Sputum und im Paukeneiter zahlreiche Tuberkelbacillen. Der Kranke fiebert, hat nächtliche Schweisse und ist sichtlich abgemagert. Appetitmangel. Nach Verlauf von einer Woche habe ich die Trepanation des Warzenfortsatzes

Digitized by Google

ausgeführt. Schon nach Ablösung des Periostes erwies sich die äussere Decke des Warzenfortsatzes auf einer weiten Strecke cariös zerstört, so dass die Fingerkuppe des kleinen Fingers mit Leichtigkeit in die Tiefe gelangen konnte. Die Ränder der Oeffnung waren ausgenagt und die Höhle vollständig mit Granulationen erfüllt. Ich habe fast den ganzen Warzenfortsatz ausgemeisselt, die Granulationen und die Detritusmassen wurden ausgelöffelt und die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt. Die Schmerzen hörten nach der Operation auf, die Körpertemperatur blieb aber stets erhöht. Der Process in den Lungen verschlimmerte sich nach der Operation merklich. Das Bronchialathmen, welches in der ersten Zeit nur an den Lungenspitzen hörbar war, konnte später auch in den unteren Partien der rechten Lunge constatirt werden; auch zahlreiche feuchte Rasselgeräusche konnten bei der Auscultation in beiden Lungen nachgewiesen werden. Nach dreiwöchentlichem Aufenthalt des Patienten im Hospital entwickelte sich Tuberculose des Darmes, es traten profuse Diarrhöen auf und unter starkem Kräfteverfall starb der Kranke sechs Wochen nach der Operation.

Beobachtung IV. In diesem Falle handelt es sich um einen kranken Herrn P., den ich mehrmals zusammen mit Collegen Szumlaciski beobachtet habe. Der Verlauf der Ohraffection war folgender: Vor einem Jahre laborirte der Kranke an Ohrensausen und Herabsetzung des Gehörs am rechten Ohre und wurde damals von Dr. Heimann behandelt. Ueber den damaligen Zustand des Ohres weiss ich nicht zu berichten. Nach den Angaben des Dr. Szumlaciski, welcher später den Kranken behandelt hat, ergiebt sich, dass Patient ihn wegen Schmerzen des Warzenfortsatzes, Schwindel und unbedeutendem Ohrenfluss consultirte. Bei der Untersuchung fanden wir eine bedeutende Schwellung der oberen Wand des knöchernen Gehörgangs, welche das Trommelfell vollständig verdeckte. Bei Druck mit der Sonde auf die geschwellte Partie trat aus der Tiefe dicker, übelriechender Eiter hervor, und mit der nach oben gekrümmten Sonde, die wir unterhalb der Schwellung nach oben und hinten führten, konnten wir eine Caries sowohl nach vorn oben (Gegend der Membrana Shrapnelli), wie auch nach hinten oben (Aditus ad antrum) constatiren. Der Warzenfortsatz war äusserlich nicht verändert, bei der Palpation jedoch schmerzhaft, namentlich an seiner Spitze. Bei der Consultation, an welcher die DD. Szumlaciski, Jasinski und Cicchomski theilnahmen, habe ich die Behauptung ausgesprochen, dass wir es mit einer Otitis media tuberculosa zu thun haben. Die Untersuchung der Lungen und anderer Organe ergab ein negatives Resultat. Auch war ein hereditäres Moment nicht nachzuweisen. Es wurde beschlossen, zuerst eine tiefe Incision des geschwollenen Meatus auszuführen, und eventuell mittelst einer Cuvette die cariösen Partien und die Granulationen zu entfernen und dann durch Einführen von Jodoformgazestreifen die Oeffnung zu erweitern und in dieser Weise dem Eiter freien Abfluss zu sichern. Dies wurde auch am folgenden Tage von Dr. Szumlaciski ausgeführt, und es schien uns eine Zeit lang, dass der Process sich zu bessern beginnt. Bald aber schossen aus der Tiefe Granulationen hervor, die Eiterung persistirte, die Schmerzen des Warzenfortsatzes, wenn auch nicht von starker Intensität, waren noch immer vorhanden. Die Granulationen sind wahrscheinlich aus dem

Digitized by Google

Antrum mastoideum gewachsen, denn eine nochmalige Entfernung derselben zuerst mit der Wild'schen Schlinge und später mit der Hartmann'schen Cuvette führten nicht zum Ziele. Immer traten neue Granulationen hervor, die Eiterung sistirte nicht, und deshalb beschlossen wir die Trepanation des Warzenfortsatzes. Dieselbe wurde von Dr. Jasinski ausgeführt. Die Abmeisselung der äusseren Schale des Warzenfortsatzes gelang mit der grössten Leichtigkeit, der Knochen war äusserst weich und die Warzenfortsatzhöhle war mit Granulationen und käsigen Massen und einer verhältnissmässig geringen Quantität Eiter erfüllt. Es folgte eine gründliche Entfernung der Granulationen und der cariösen Knochenpartien mit dem scharfen Löffel. Jodoformgazetamponade. Ich habe den Kranken nach der Operation nicht mehr gesehen, er stand in weiterer Behandlung des Collegen Szumlaciski. Es wurde mir mitgetheilt, dass wegen der weiteren Ausbreitung des Processes eine zweite Operation gemacht werden musste. Dessenungeachtet erlag der Kranke in kurzer Zeit seinem Leiden unter den Symptomen einer Meningitis.

In zwei Fällen von Nasentuberculose, welche von Dr. Wroblewski (Gaz. Lekarsk. 1893) beschrieben sind, war die Affection des Ohres wahrscheinlich ebenfalls tuberculöser Natur. Schade nur, dass der Eiter nicht auf Tuberkelbacillen untersucht worden ist.

Die vier oben citirten Krankengeschichten illustriren den Verlauf einer Otitis media tuberculosa bei Erwachsenen.

Etwas anders verlaufen tuberculöse Mittelohrentzündungen bei scrophulösen Kindern. Der Verlauf ist in diesen Fällen meist ein mehr chronischer, es entwickelt sich oft eine Caries necrotica des Annulus tympanicus und einzelner Partien des knöchernen Gehörganges, der Trommelhöhle resp. des Warzenfortsatzes. In diesen Fällen kann bei entsprechender Behandlung und durch Besserung des Allgemeinzustandes der Kranken eine vollständige Heilung eintreten, wenn auch mit bedeutender Taubheit. Es kommen aber auch hier Fälle mit einem mehr acuten Verlauf vor und führen zur Entwickelung von miliarer Tuberculose, Tuberculose der Lungen und Meningitis tuberculosa.

Die Diagnose einer tuberculösen Affection des Ohres bei scrophulösen Kindern wird uns die Untersuchung des Eiters auf Tuberkelbacillen erleichtern, und es gelingt auch meist, dieselben im Eiter solcher Kinder nachzuweisen. Eine sehr grosse Bedeutung für die Diagnose hat die Anamnese auf eine hereditäre Belastung (Tuberculose der Eltern oder der Geschwister) und der Nachweis von tuberculösen Herden in anderen Organen. Sehr oft constatiren wir in diesen Fällen käsig entartete Lymphdrüsen am Halse, Caries der Skelettknochen und andere Symptome von Scrophulose.

Die Diagnose einer Otitis media tuberculosa wird nach dem oben Gesagten keine besonderen Schwierigkeiten bieten.

Aus der Anamnese werden wir erfahren, dass Jemand in der Familie an Tuberculose leidet oder an derselben gestorben ist, dass der Patient in der Jugend scrophulös war etc. Das Auftreten der Mittelohrentzündung ohne Schmerzen ist ebenfalls ein wichtiges diagnostisches Zeichen.

Das otoscopische Trommelfellbild, d. i. die in verhältnismässig kurzer Zeit entstandene vollständige Zerstörung desselben, das Zusammenfliessen

Digitized by Google

mehrerer Perforationen, ein rasches Auftreten von Caries der Gehörknöchelchen und Caries necrotica des Warzenfortsatzes und des Felsenbeins werden immer auf Tuberculose des Mittelohrs verdächtig sein. Wenn es uns ausserdem gelingt, im Eiter, welcher aus der Trommelhöhle entnommen wurde, Tuberkelbacillen nachzuweisen, dann unterliegt die Diagnose keinem Zweifel.

Eschle hat zuerst im Mittelohreiter Tuberkelbacillen nachgewiesen; nach ihm waren es Nathan, Voltolini, Ritzefeld, Gottstein, Habermann, Kretschmann, Moos und Andere.

Nicht immer gelingt es uns, Tuberkelbacillen im Mittelohreiter nachzuweisen. Wir müssen stets darauf achten, nicht den im Meatus liegenden Eiter, sondern denjenigen, welcher aus der Paukenhöhle stammt, zur Untersuchung zu verwenden. Bei langdauernden Eiterungen gehen die Koch'schen Bacillen im Kampfe mit anderen Bacterien, namentlich mit den Streptococcen, zu Grunde und können dann im Eiter nicht nachgewiesen werden. In ähnlichen Fällen, in welchen der Eiter keine Tuberkelbacillen enthielt (Habermann, Nathan), ergab die spätere Untersuchung der Gewebe Koch'sche Bacillen in der Schleimhaut der Paukenhöhle neben Tuberkelbacillen im Periosteum.

Die Prognose ist im Allgemeinen bei Tuberculose des Mittelohres wie bei Tuberculose anderer Organe, schlecht, und wird erstens von dem Allgemeinzustand des Kranken und zweitens von der Ausbreitung des Processes im Ohre beeinflusst werden. Da die Mittelohrtuberculose, wie bekannt, in der Mehrzahl der Fälle als Complication von Lungentuberculose und zwar in den Endstadien derselben (Schwartze) auftritt, so muss dieselbe als eine schwere Complication betrachtet werden. Ausserdem muss noch bemerkt werden, dass die Localisation der Tuberculose im Mittelohre schon durch den anotomischen Bau des betroffenen Organs selbst Gefahren für das Leben des Kranken involvirt. Das Felsenbein mit seinen zahlreichen Spalten, Canälen, pathologischen Dehiscenzen erleichtert das Eindringen von Infectionskeimen in die benachbarten Schädelhöhlen, und die ausgedehnten cariös-neurotischen Zerstörungen in der Gegend des Canalis caroticus können leicht eine tödtliche Blutung verursachen. Fast alle bis jetzt bekannten Blutungen aus der Art. carot. interna wurden bei Tuberculose des Ohres beobachtet. (Hessler hat aus der Literatur 12 Fälle gesammelt, ausserdem beobachteten Steinbrügge und Moos je einen Fall, Putphen und Politzer ebenfalls je einen Fall.) Habermann hat in einem Falle von miliarer Tuberculose Tuberkel auf der Adventitia der Art. carotis und auf der Wand des Sinus transversus beobachtet.

Die Behandlung der tuberculösen Mittelohraffectionen bietet ein sehr undankbares Feld für den Arzt. Die Besserung der Erkrankung des Ohres hängt meistens ab von der Besserung der Lungen resp. des Allgemeinzustandes. Die Wahl des antiseptischen Mittels, denn um ein solches handelt es sich hier, hat deshalb keine grosse Bedeutung.

Allgemein hat man auch bei Tuberculose des Ohres gute Resultate vom Jodoform beobachtet (Blau, Wall, Gruber u. And.). Ich persönlich konnte vom Jodoform keinen günstigeren Einfluss als von anderen antiseptischen Mitteln sehen. In denjenigen Fällen, in welchen die Diagnose in den früheren Stadien der Erkrankung gestellt worden ist,

Digitized by Google

wird unsere Hauptaufgabe bleiben: den Allgemeinzustand des Patienten zu bessern. Eine klimatische Kur neben einer Desinfection des Ohres wird in diesen Fällen vollständig ausreichen, denn mit der Besserung des Allgemeinzustandes wird sich ohne Zweifel auch die Ohraffection bessern. Mit Recht sagt Voltolini (Deutsche med. Wochenschr. No. 31, 1884), dass in Fällen von Lungentuberculose, welche mit einer Ohraffection complicirt ist, und wo wir im Ohrenfluss Koch'sche Bacillen finden, wir dem Kranken erklären müssen: „Lassen Sie Ihr Brustleiden heilen, so wird der Ohrenfluss von selbst heilen, eher aber nicht", und Urbantschitsch glaubt, dass alle Bemühungen bei hartnäckiger Otorrhoe fruchtlos bleiben werden, so lange der Patient nicht in gute klimatische Verhältnisse versetzt wird.

In denjenigen Fällen, wo der Process nicht auf das Trommelfell und die oberflächlichen Schleimhautschichten der Paukenhöhle begrenzt ist, sondern, wie wir das leicht mittelst Sonde nachweisen können, auf das Periost der Paukenhöhle und die Gehörknöchelchen übergreift, ergiebt die Behandlung noch schlechtere Resultate. Nach der Entfernung der pathologisch veränderten Herde, nach der Auslöffelung der zugänglichen Granulationen oder der Gehörknöchelchen, bleiben immer in den Ecken und Winkeln der Paukenhöhle verborgene Herde, welche wir mit unseren Instrumenten nicht erreichen können, und diese bilden eben den Ausgangspunkt von Recidiven. Es wurden in diesen Fällen Eingiessungen von Milchsäure empfohlen, welche vorzügliche Dienste bei Ulcerationen und tuberculösen Infiltraten des Kehlkopfes, der Zunge, der Mundhöhle und des Pharynx erwiesen haben. Bei oberflächlichen Ulcerationen der Trommelhöhlenschleimhaut können wir vielleicht mit der Milchsäure gute Resultate erzielen, bei tieferen Infiltraten, welche bis an das Periost dringen, resp. bei Caries des Knochens, wird die Milchsäure kaum bessere Resultate ergeben, als andere ätzende Mittel. Bei scrophulösen Kindern habe ich bei oberflächlicher Caries mit Perubalsam gute Resultate erzielt.

Bei einer begrenzten Tuberculose des Trommelfells — Myringitis tuberculosa — könnte man vielleicht an eine Excision des Trommelfells resp. an eine galvanocaustische Zerstörung des krankhaft veränderten Trommelfells denken.

Die operative Behandlung der tiefer dringenden Veränderungen besteht in der Auslöffelung der Granulationen, in der Extraction des cariösen Hammers und Ambosses, in der Auslöffelung des Atticus tympanicus etc.

Bei der consecutiven Affection des Warzenfortsatzes werden wir selbstverständlich zur Trepanation schreiten und eine gründliche Ausräumung der Granulationen und des Detritus, welche die Warzenfortsatzhöhle erfüllen, anstreben. Sehr oft genügt in den vernachlässigten Fällen die Operation nach Schwartze nicht und dann muss die Operation nach Stacke ausgeführt werden.

Die gewönlich mit vorzüglichen Resultaten endende Trepanation des Warzenfortsatzes führt selten bei tuberculösen Processen zur vollständigen Heilung. Wegen des oft latent verlaufenden Processes im Warzenfortsatze haben wir schon mit so ausgedehnten und tiefgreifenden Zerstörungen zu thun, dass von einer radicalen Entfernung aller krankhaften Herde nicht die Rede sein kann. Dies beweisen zahlreiche Fälle, in welchen nach einer scheinbar eingetretenen Heilung nach der Trepanation

Digitized by Google

der Tod doch rasch in Folge einer tuberculösen Entzündung der Meningen auf der Schädelbasis eingetreten ist. (Steinbrügge, Schwartze, Truckenbrod, v. Tröltsch, Habermann und mehrere meiner eigenen Beobachtungen.)

Noch öfter wird primäre Tuberculose des Warzenfortsatzes nicht diagnosticirt. Küster (Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 10—13) glaubt, dass immer zuerst der Warzenfortsatz Sitz der primären tuberculösen Affection sei und dass erst später die Paukenhöhle ergriffen werde.

Obgleich wir keineswegs mit der Meinung Küster's einverstanden sein können, so unterliegt es doch kaum einem Zweifel, dass primäre Tuberculose des Warzenfortsatzes existirt, ebenso wie in den anderen Knochen des Skelettes. In diesen Fallen werden wir eine Zeitlang gar keine Symptome beobachten, bis der Eiter sich einen Weg durch das Antrum in die Paukenhöhle und weiter durch die Perforation des Trommelfells im oberen hinteren Quadranten nach aussen gebahnt hat.

In den Fällen von primärer Tuberculose des Warzenfortsatzes werden wir ebenso vorgehen wie in Fällen von secundären Affectionen, und hier wird die frühzeitig ausgeführte Trepanation recht gute Resultate ergeben können.

Als ein characteristisches und die Diagnose einer primären Warzenfortsatz-Tuberculose erleichterndes Symptom betrachten Haug und Wauscher die Schwellung einer kleinen Lymphdrüse auf dem Warzenfortsatz. Die obigen Autoren behaupten, dass diese Lymphdrüse ein constantes Symptom sei und auf Tuberculose des Warzenfortsatzes hindeutet. Wenn wir denselben exstirpiren und untersuchen, dann finden wir ein typisches Bild von Lymphdrüsen-Tuberculose.

Eine Frage, welche von den Autoren aufgeworfen wurde, ist die, ob es überhaupt am Platze sei, bei tuberculösen Individuen ausgedehnte Meisselungen der Schädelknochen vorzunehmen und ob diese Operationen nicht eine raschere Ausbreitung des tuberculösen Processes resp. das Auftreten von Miliartuberculose bewirken? Bei der Durchsicht der Casuistik der betreffenden Fälle und gestützt auf meine eigene Erfahrung muss ich zu dem Schluss kommen, dass wir nicht behaupten können, die Operation beschleunige die Entwickelung der allgemeinen Tuberculose. Am häufigsten werden diese Fälle operirt in einem Stadium, wo beträchtliche pathologische Veränderungen in den Lungen und in anderen Organen schon vorhanden sind; diese Fälle würden auch ohne Operation in kurzer Zeit mit dem Tode enden, und wir haben doch Indicationen zur Operation, nämlich die Erleichterung des freien Eiterabflusses und die Verhütung von lethalen Complicationen (Sinusthrombose, Gehirnabscesse, Septicämie und Pyämie).

Als Contraindicationen für die Trepanation des Warzenfortsatzes resp. des Schädels müssen wir eine ausgedehnte Caries necrotica des Felsenbeins und des inneren Ohres, weit vorgeschrittene Lungentuberculose und schlechten Allgemeinzustand des Patienten aufstellen. Das Tuberculin hat auch bei Tuberculose der Ohres keine Erfolge aufzuweisen. Es wurde fast gar kein Einfluss auf den Process, im Gegentheil eine Verschlimmerung beobachtet (Lucae, Bezold, Walb, Zarnico, Schwabach und Panse).

Digitized by Google

Angesichts des unbestreitbar infectiösen Characters der Tuberculose wird es meiner Meinung nach am Platze sein, auf die Möglichkeit einer Uebertragung des tuberculösen Virus mittelst der zur Untersuchung und zur Behandlung gebrauchten Instrumente aufmerksam zu machen. Dass auf diesem Wege eine Infection stattfinden kann und auch thatsächlich stattgefunden hat, beweisen die Fälle von Buron und Lancereaux, in welchen mittelst des Ohrcatheters Syphilis übertragen wurde. Die Desinfection der Instrumente mit den gebräuchlichen antiseptischen Mitteln betrachte ich für ungenügend und sollte dieselbe durch die Sterilisation ersetzt werden, und als natürliche Folge davon sollten statt der verbreiteten Kautschukinstrumente wieder die früheren Metallinstrumente in Gebrauch kommen.

Zur Frage über die Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode.

Vortrag,

gehalten in der Section für Laryngologie und Otiatrie des 5. Congresses der russischen Aerzte zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. **W. Lamann**, St. Petersburg.

Bereits in meiner in russischer Sprache 1893 erschienenen Broschüre „Zur Electrolyse und Katalyse", als auch in meinem Aufsatze „Der electrolytische Schaum als Nebenschluss" in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde, No. 6, 1894, habe ich mich über alle bis jetzt gezogenen Schlüsse betreffs der Grenzen der Anwendbarkeit dieser Methoden im Allgemeinen — und in den Höhlen insbesondere — sehr zurückhaltend ausgesprochen. Wie ich dort nachgewiesen zu haben glaube, erscheint es für's Erste als verfrüht, sich an die Lösung der in dieser Richtung gestellten Fragen zu machen. Aus diesem Grunde habe ich, diese ganz bei Seite lassend, seit einigen Jahren meine Aufmerksamkeit auf eine andere Frage gerichtet, deren Lösung für die Praxis viel productiver erscheinen muss, als die erwähnten voreiligen Schlussfolgerungen.

Diese Frage lautet wie folgt: Giebt es und welcher Art sind die Factoren, die in Betracht der Bedingungen, unter denen wir arbeiten müssen — insbesondere in den Höhlen des Körpers —, sich uns hindernd in den Weg stellen, wodurch der richtige Einblick aufgehoben, das richtige Verständniss für unsere Manipulationen verwischt, das erwartete Resultat herabgesetzt wird?

In dieser Richtung sind meine beiden genannten Arbeiten abgefasst; dieselbe leitende Idee liegt zugleich dem gegenwärtigen Vortrage zu Grunde.

Unter einer vollendeten Technik der genannten Methoden ist eine möglichst einwendungsfreie Anwendungs- und Durchführungsweise der Regeln der Electrotherapie und der Gesetze der Electricitätslehre zu verstehen. Einem jeden technischen Eingriffe müssen hiermit gewisse theoretische Erwägungen vorausgehen, die erst durch diesen Eingriff eine mehr oder weniger greifbare Gestalt

Digitized by Google

anzunehmen haben. Und gerade hier, wo die Theorie Hand in Hand mit der Praxis einhergeht, fühle ich mich bewogen, Ihre Aufmerksamkeit auf einen nicht zu unterschätzenden Umstand hinzulenken.

Ich habe eben die Electrolyse und Katalyse nebeneinander gestellt als zwei ebenbürtige, selbstständige Behandlungsmethoden. Dieses mag vielleicht heut zu Tage auf den ersten Blick Vielen als Anachronismus und der Mehrheit der Aerzte gegenüber etwas gewagt erscheinen.

Remak fasste unter dem Namen Katalyse die Summe aller zwischen den beiden Polen auftretenden vasomotorischen, kataphoretischen, trophischen und electrolytischen Erscheinungen auf. So gingen denn, nach dieser Anschauung, die electrolytischen Erscheinungen in dem Begriff der Katalyse auf. In dem Maasse jedoch, als die Aerzte nach und nach zu der Ueberzeugung gelangten, dass eine jede Durchleitung des Stromes durch ein Gewebe ohne Electrolyse undenkbar sei, wurde der Begriff der Katalyse im Remak'schen Sinne in den Hintergrund gedrängt und an ihre Stelle die Electrolyse gesetzt. Nach Dubois-Reymond geht z. B. jede electrische Reizung eines Nerven mit Electrolyse einher. Es war auch bald ersichtlich, dass die Katalyse im Sinne Remak's — wo unter Katalyse eine Reihe von Erscheinungen zu verstehen war, die schliesslich doch auf uns vollkommen unbekannte Factoren zurückgeführt werden mussten — der durch ihre Einfachheit bestechenden Theorie der Electrolyse nicht das Gegengewicht halten konnte und der Begriff der Katalyse wurde fallen gelassen, doch — wohl zu beachten — nur vom Standpunkte der electrochemischen Theorie. Der Terminus „Electrolyse" wurde hingegen auf medicinischen Boden verpflanzt und acclimatisirte sich hier so weit, dass nicht nur die electrolytische Theorie hier festen Fuss fasste, sondern auch die Methode selbst diesen Namen erhielt.

Da man, wie gesagt, bei jeder Stromanwendung gezwungen ist, schliesslich auf die electrochemische Theorie der Electrolyse zurückzugehen, so haben viele Aerzte den Terminus „Katalyse" überhaupt für überflüssig erklärt und halten es für möglich, ganz ohne denselben auszukommen. Für die Vertreter dieser Anschauung existiren die Worte „Katalyse" und „katalytisch" überhaupt nicht. Von der eigentlichen Galvanisation der Electrotherapeuten abgesehen, giebt es dieser Anschauung nach nur noch die Electrolyse.

In einem anderen ärztlichen Lager, das allerdings klein zu sein scheint, werden der Katalyse hingegen die Rechte einer selbstständigen Behandlungsmethode eingeräumt. Hier werden die Begriffe „Electrolyse" und „Katalyse" vom rein praktischen Standpunkte aufgefasst und zwar unabhängig von jeder electrochemischen Theorie. Hier wird unter Electrolyse eine Behandlungsmethode verstanden, bei der das Gewebe zum grossen Theil bereits während der Sitzung zu Grunde geht. Die Katalyse hingegen stellt eine andere Behandlungsmethode dar, wobei das klinische Resultat auf nutritive Veränderungen in den Geweben, nicht auf direkte Zerstörung zurückzuführen ist, daher meistens eine längere Sitzungsreihe beansprucht.

Wollten wir jedoch alle in der Literatur vorkommenden Autoren in diese zwei Gruppen unterbringen, so kämen wir bald in Verlegenheit. Wir kämen nämlich bald zur Ueberzeugung, dass ausser diesen beiden

Digitized by Google

Anschauungen sich noch eine dritte, stark vertretene, geltend macht, die gewissermassen zwischen den beiden erstgenannten die Mitte hält. Dieser Anschauung liegt dieselbe electrochemische Theorie der Electrolyse zu Grunde; die Praxis hingegen weist die Vertreter dieser Anschauung unerbittlich darauf hin, dass sie mit der „Electrolyse" allein nicht auskommen können, und ziehen dieselben daher die „katalytischen Erscheinungen" heran, um mit ihrer Hilfe sich in der Praxis zurechtzufinden. Wenngleich diese Aerzte nothgedrungen sich über diese „katalytischen Erscheinungen" nicht hinwegsetzen können, so perhorresciren sie doch den Terminus „Katalyse" an sich und reden stets nur von der Electrolyse als Methode. Mir scheint diese letzte Anschauung der alten Remak'schen gerade entgegengesetzt zu sein. Dort ging die Electrolyse in der Katalyse auf; hier wird die Katalyse, als Behandlungsmethode, von der Electrolyse so zu sagen verschlungen. Welche Anschauung wäre wohl die richtigere?

Gehen wir zuvörderst auf die erste Anschauung zurück, die gewiss nicht wenig Vertreter aufzuweisen hat. Ich würde mich für dieselbe erwärmen können, sobald die Arbeit, welche von der lebendigen Kraft des Stromes geleistet wird, sich klinisch stets in derselben Form manifestirte, sobald die quantitative Betheiligung aller jener Factoren, auf die die Wirkung des Stromes zurückzuführen ist, bei diversen Applicationsweisen des Stromes sich als gleich erwiese. Die Praxis zeigt uns hingegen das Entgegengesetzte. Einem jeden Electrotherapeuten ist es bekannt, dass es eine Reihe von Bedingungen giebt, bei welchen einer von den genannten Factoren auf den ersten Platz vorgerückt, während zu gleicher Zeit die Bedeutung eines anderen Factors fast auf Null reducirt werden kann. Diesen Umstand benutzen wir bei unseren Sitzungen, wobei jedem Factor seine Stellung angewiesen werden muss, und die tägliche Erfahrung lehrt uns, dass stets einzig von der Berücksichtigung dieses Umstandes das Endresultat der Sitzung abhängig ist. Es erscheint mir deshalb ganz unverständlich, wie ein ungenannter Autor den Satz niederschreiben konnte, dass eine und dieselbe Methode, nämlich die Electrolyse, sich „zu einer localen Resorption und einer localen Zerstörung eignet".

Mehr Berührungspunkte mit der zweiten Anschauung, die ich für die richtige halte, hat die dritte. Wie oben angedeutet, haben beide das Gemeinsame, dass hier und dort „katalytische Erscheinungen" zugestanden werden. Die Differenz hingegen liegt in dem Folgenden: der dritten Anschauung nach bilden die „katalytischen Erscheinungen" nur einen Factor der Electrolyse; die zweite Anschauung fasst die Katalyse als selbstständige Methode auf, d. h. die Katalyse wird nicht nur zur Erklärung einiger während der Sitzung auftretenden Erscheinungen herangezogen, sondern sie bildet den Ausgangspunkt für alle unsere Manipulationen, für alle unsere Maassnahmen.

Die Selbstständigkeit dieser Behandlungsmethode wird durch Folgendes gerechtfertigt: 1) wir können die Katalyse anwenden, ohne dass electrolytische Erscheinungen während der Sitzung klinisch manifest werden, 2) die Katalyse verfolgt ihr ganz besonderes Ziel — nicht Zerstörung, sondern nutritive Veränderungen in den lebenden Geweben — und dieses

Digitized by Google

Ziel kann nur durch besondere Maassnahmen erreicht werden, die 3) sich von der Methode der Electrolyse streng unterscheiden, und zwar a) physicalisch — durch die Stromdichte, b) klinisch — durch die Applicationsweise.

Die nächste Frage wäre, wodurch klinisch die Differenz in der Anschauungsweise unterhalten wird. Ich glaube, den Grund dazu in den oft immensen Schwierigkeiten, die sich bei der Analyse der einzelnen klinischen Fälle bieten, suchen zu müssen. Es ist oft nicht leicht, zu sagen, wo die Methode der Katalyse endigt und die Methode der Electrolyse beginnt. Hierin liegt, wie ich glaube, der Urgrund zu diversen voreingenommenen Anschauungen. Ich will hier nur die oft angenommene Identität zwischen Acupunctur und Electrolyse hervorheben. Man hört oft die Meinung äussern, dass wir die Methode der Electrolyse anwenden, sobald z. B. um eine eingestochene Nadel sich Schaum bildet. (Es muss hier bemerkt werden, dass bei der Acupunctur immer Schaumbildung auftreten muss, da sich hier bei minimaler Electrodenfläche stets eine bedeutende Stromdichte ergiebt, selbst bei 1 MA. starken Strömen.) Und weiter wird diese Anschauung verallgemeinert, indem man die Methode der Electrolyse anzuwenden glaubt, sobald man Schaumbildung bei Electroden mit grösserer Fläche, z. B. an einer flachen Electrode, Sonde etc., wahrnimmt. Diese Ansicht findet man sogar bei Aerzten, die die Selbstständigkeit der Katalyse anerkennen.

Wie die Acupunctur im Einzelfalle aufzufassen ist, das ist eine Frage, die nicht immer im Handumdrehen beantwortet werden kann. Die richtige Antwort wird sich erst nach reiflicher Ueberlegung und Gegeneinanderhalten der einzelnen Eingriffsmomente, als da sind Applicationsstelle der Nadel, Bi- oder Unipolarität der Methode, Richtung und Dichte des Stromes u. s. w., ergeben.

Schliesslich muss hervorgehoben werden, dass es unzweifelhaft Fälle geben muss, die eine Combination beider Methoden darstellen.

Zur Illustration des oben Besprochenen, zur Erläuterung dessen, wie das Verhältniss der Electrolyse und Katalyse zu einander von mir aufgefasst wird, erlaube ich mir, die Analyse einiger Fälle aus meiner Praxis zu besprechen.

I. Fall. Ein junger Mann von 19 Jahren weist einen auf den ersten Blick ganz unbedeutend aussehenden Kropf auf. Indessen ruft in der letzten Zeit die geringste forcirte Bewegung, z. B. Treppensteigen, nicht nur deutliche Athemnoth, sondern auch ein im ganzen Zimmer hörbares Stenosengeräusch hervor. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt einen grossen und vollkommen normalen Kehlkopf, während die Trachea, doppelseitig zusammengedrückt, stark verengt erscheint. Diese Stenose ist so bedeutend, dass sie als einzige Ursache der Athemnoth aufzufassen ist. Im Laufe eines Monats wurde der constante Strom täglich 15 Minuten lang so angewandt, dass die flachen Electroden auf die Seitenlappen der Drüse zu liegen kamen. Das Resultat war ein vollkommen befriedigendes. Zu Ende des Monats erweiterte sich das Lumen der Trachea, die Athmung wurde freier und die Behandlung musste hier abgebrochen werden, weil der Kranke in seine geschlossene Lehranstalt zurückkehren musste. Nach Verlauf eines Jahres hatte ich Gelegenheit, den Kranken nochmals zu untersuchen. Die Trachea erschien allerdings etwas zusammengedrückt,

Digitized by Google

doch war die Athmung so weit frei, selbst beim Tanzen, Laufen etc., dass eine Erneuerung der Behandlung durchaus nicht angezeigt erschien. Was hatte ich in diesem Falle vorgenommen?

Nach der ersten von mir besprochenen Anschauung soll ich hier die Electrolyse ausgeführt haben. Nach der Ansicht anderer Aerzte hingegen, zu welcher auch ich mich bekenne, hatte ich hier die Katalyse vor mir, und zwar in ihrer reinsten Form. Doch gehen wir weiter. Bereits Frommhold (1874) citirt eine andere Anwendungsweise des Stromes für hartnäckige Strumafälle. Es ist die Acupunctur. Wie ist dieselbe in solchen Fällen zu verstehen? Haben die Aerzte, welche hier die Acupunctur übten, die Katalyse fallen gelassen und die Electrolyse aufgenommen? Mit nichten! Wir wissen, dass zur Erzielung eines gewissen Resultates auch bei der Katalyse — ceteris paribus — eine bestimmte Stromdichte von Nöthen ist. Die Erfolglosigkeit der ersten Applicationsweise erklärt sich leicht durch zu geringe Stromdichte in Folge schneller Zerstreuung der Stromschlingen bei Application der flachen Electroden auf der Peripherie, zumal auf die schlecht leitenden unversehrten Hautdecken. Durch das Einführen der Nadel wird in solchen Fällen keineswegs der Zweck verfolgt, eine Verschorfung in der Drüse hervorzurufen; man bezweckt hingegen eine grössere Stromdichte für die Kropfmasse. Nicht auf Kosten des in der Nähe der Nadel sich bildenden Schorfes soll die Verkleinerung der Drüse vor sich gehen, sondern in Folge nutritiver — hier regressiver — Veränderungen, genau so, wie bei der ersten Applicationsweise. Die Schorfbildung um die Nadel ist eine hier unvermeidliche, doch durchaus nicht gewünschte Erscheinung und von secundärer Bedeutung.

Der II. Fall bietet ein grösseres klinisches Interesse, und ich erlaube mir, ihn hier anzuführen, obgleich die Initiative in der Therapie dieses Falles aus erster Hand von meinem verehrten Lehrer Dr. V. Müller ausgeht. Bei Dr. V. Müller erschien ein 28jähriger Arzt, an welchem vor vier Monaten die Tracheotomie gemacht worden war in Folge einer eitrigen, sehr acut verlaufenden Perichondritis cricoidea. Bei der laryngoscopischen Untersuchung ergab sich auch keine Spur mehr von acuten Erscheinungen. Es wurde grosse Blässe des Kehlkopfs, Ueberkreuzung der Aryknorpel und ein Schiefstand der Epiglottis nach rechts constatirt. Die Stimmbänder waren schmutzig grau verfärbt, ebenso wie die unter den Stimmbändern liegenden Partien, die verdickt und nach unten trichterförmig verengt erschienen. Der Einblick von oben war hiermit erschwert und der Character der Stenose nicht gut zu deuten. Bas Bild klärte sich jedoch bei Untersuchung von unten mittels Trachealspiegels, wobei eine Stenose auf der Höhe des Einganges in die Trachea sichergestellt wurde. Von rechts hinten ragte eine Geschwulst in das Lumen herein, welche den grösseren Theil desselben einnahm und zwar so, dass von der unteren Fläche des linken Stimmbandes nur ein winzig kleines Dreieck sichtbar blieb. Das rechte Stimmband war vollkommen verdeckt. Der Kranke konnte zur Stunde bei geschlossener Canüle nur bei absoluter Unbeweglichkeit athmen; er machte die Mittheilung, dass ihm die Laryngofissur vorgeschlagen worden sei, zu der er sich jedoch nicht entschliessen könnte, und ersuchte um Rath.

Die bezeichnete Geschwulst konnte bei acut vorhergegangener Ent-

Digitized by Google

zündung natürlich nur als Infiltrat aufgefasst werden. Dieses bestand bereits den fünften Monat und wies gar keine Neigung zur Resorption auf, wie gewöhnlich in solchen Fällen. Zwecks Anregung regressiver Veränderungen in dieser torpiden Bildung, entschloss sich Dr. V. Müller zur Anwendung des constanten Stromes. Als Electrode diente ein von Dr. V. Müller speciell für diesen Fall construirtes Instrument. In Folge dessen, dass der Kranke einen langen Hals hatte, die Tracheotomie tief unten ausgeführt worden war und der Canal bei 15 Mm. Länge und 9 Mm. im Durchmesser die Richtung etwas nach unten hatte, war die Entfernung zwischen der Stenose und der inneren Mündung des Canals in der Trachea eine ziemlich bedeutende. Es war daher absolut unmöglich, mit irgend einem beliebigen starren Instrument durch den Canal und die Trachea hinauf bis auf die Höhe der Stenose zu gelangen und nur mittels der Müller'schen Vorrichtung war es möglich, mit der einen Electrode direct bis in die Stenose hinaufzugehen. Die solid vergoldete Electrode bildete einen Kegel von etwa 1 Ctm. Höhe und 6,3—8,4 Mm. Durchmesser an der Basis. Unten an der Basis, in der Längsaxe gelegen, war ein mit einer Oese versehener Knopf angebracht von solchem Durchmesser, dass er noch genau in das Lumen eines elastischen Catheters (Charrière No. 12, d. h. 4 Mm.) hineinpasste. Durch diese Oese wurden 3—4 dünne lange Drähte geführt. An dem einen Ende der elastischen Catheterröhre wurde der lackirte Ueberzug leicht abgeschabt und das Gewebe etwas aufgeflochten. Die genannten Drähte wurden nun durch's Catheter gezogen, der Knopf der Electrode in das Lumen hineingedrängt, von den aufgeflochtenen Fäden umfasst und grösserer Sicherheit wegen mit einem seidenen Faden an dem Catheterende fixirt. Nach dieser Armirung erschien das Instrument also aus einem elastischen Catheter bestehend, an dessen einem Ende die conische Electrode fixirt war, während aus dem anderen die dünnen Drähte hervorragten. Zur Einführung wurde ein gut gehärteter Draht benutzt, der an der Spitze etwa 1,5 Ctm. hoch fast rechtwinklig abgebogen war. Dieser Draht wurde nun durch die Catheterröhre so weit vorgerückt, bis seine Spitze den Knopf der Electrode berührte. Dann wurde das Instrument nach vorgenommener Cocainisirung durch den Canal in die Trachea geführt und hier in die richtige Lage — mit der Electrodenspitze nach oben — gebracht. Nun wurde der gehärtete Draht entfernt und die Electrode in der Richtung nach oben, bis in die Stenose hinein, vorgeschoben. Der positive Pol wurde indifferent applicirt.

Anfangs besorgte Dr. V. Müller die Behandlung selbst, dann überliess er sie mir, Abreise halber. Die Behandlung wurde von mir so geleitet, dass meist eine Sitzung wöchentlich vorgenommen wurde. Doch gab es Pausen von mehreren Wochen, indem der Patient seines Dienstes wegen St. Petersburg oft verlassen musste. Die Sitzung dauerte bei mir 6—8 Minuten bei einer Stromstärke von 10—12 MA. Nach den ersten zehn Sitzungen gelang es mir zum ersten Male mit einer Electrode von 6,3 Mm. die Stenose zu passiren, d. h. die Electrode bis zur Epiglottis herauf durchzubringen. Sofort ging ich zu dickeren Nummern über und stieg, wie oben angedeutet, langsam bis zu 8,3 Mm. im Durchmesser. Im Verlaufe eines Jahres wurden 30 Sitzungen durchgeführt. Das Resultat war ein über alles Erwarten günstiges. Vom Infiltrate lässt

Digitized by Google

sich nur ein schmales, sichelförmiges Ueberbleibsel, welches den Eindruck von Bindegewebe macht, nachweisen. Das Lumen ist hiermit vollständig hergestellt, so dass nicht nur das linke, sondern auch das rechte Stimmband von unten in ihrer ganzen Breite zu überblicken sind. Der Herr College athmet nun seit bereits zwei Jahren vollkommen frei, indem er die Canüle nie benutzt, und wenn er sich noch immer nicht zur Entfernung derselben entschlossen hat, so sind es anderweitige, durchaus nicht klinische und aus seinem Gesundheitszustande hervorgehende Gründe.

Und jetzt die Frage, warum ich so vorgegangen bin und nicht anders? Warum dauerte die Sitzung nicht länger als 6—8 Minuten? Warum war die Stromstärke keine höhere?

Hier, wie überhaupt vor jeder Anwendung des galvanischen Stromes, legte ich mir die Frage vor: Electrolyse oder Katalyse? Ich konnte mich nicht zur Electrolyse, d. h. zur Zerstörung des Infiltrates entschliessen, schon aus dem Grunde, weil die strenge Localisation der Zerstörung eine technisch überaus schwierige Aufgabe war. Die Electrode in situ legte sich wohl mit der Hälfte ihrer Fläche normalem Gewebe an. Da die Zurechtstellung der Electrode ausschliesslich nach dem Gefühle ausgeführt wurde, so konnte es leicht geschehen, dass bei Zerstörung des Infiltrates auch die Trachea leiden könnte. Zudem — angenommen, dass dieses Bedenken technisch doch noch überwunden werden könnte — war die Zerstörung des Infiltrates noch lange nicht mit der Heilung des Falles identisch. Hiermit blieb nur die Katalyse übrig, und zu ihrer Durchführung wurden folgende Maassnahmen getroffen. Wie oben erwähnt, stieg nach und nach das Caliber der Electroden von 6,3 Mm. bis 8,4 Mm. im Durchmesser der Basis. Die Fläche dieser Electroden war um Einiges geringer, als 2 □Ctm., doch nahm ich durchschnittlich eine solche Fläche an, indem ich die Schaumbildung berücksichtigte. Den Schwerpunkt der ganzen Behandlung glaubte ich in der Forderung zu sehen, die Stromdichte auf einer solchen Höhe und Dauer zu halten, dass keine in die Tiefe gehende Verschorfung eintreten könnte. Solches indicirte eine Stromdichte, die den Beginn des electrolytischen Processes nur um ein Minimales überbot, d. h. bei der bestimmten Fläche etwa 10 MA. oder höchstens 12 MA. ausmachen musste. Bei der Entfernung der Electroden nach der Sitzung erwies sich an denselben stets einiger Schaum, als Beweis, dass sich hier allerdings ein electrolytischer Process abspielte. Doch war, wie gesagt, meine ganze Aufmerksamkeit darauf gerichtet, diese electrolytische Erscheinung bei ihrem ersten Auftreten in Schranken zu halten, und dass mir solches gelang, zeigte der Umstand, dass bereits 3—4 Tage nach der Sitzung die Schleimhaut sich stets von dem epithelialen Schorfe, der sich zu Ende einer jeden Sitzung bildete, befreit hatte und auch nicht die geringste Spur einer reactiven Erscheinung mehr aufwies. Dass es sich hier nicht um Electrolyse, d. h. directe Zerstörung handelte, zeigt auch der Umstand, dass eine parallele Besserung in jenen Theilen des Larynx vor sich ging, die mit der Electrode nie in unmittelbare Berührung gekommen waren, wohl aber durch Stromschleifen durchsetzt wurden. Auch in diesem Beispiele tritt die Selbstständigkeit der Katalyse, als Methode, ganz unzweideutig hervor, trotz der Anwesenheit der electrolytischen Erscheinungen, die hier eine ganz untergeordnete Bedeutung haben.

Digitized by Google

Der III. Fall endigte nicht mit Genesung. Trotzdem glaube ich, ihn hier anführen zu dürfen, weil sich an demselben sehr gut die Freiheit des Arztes in seinen Combinationen wiederspiegelt, sobald eine Trennung der beiden Behandlungsmethoden durchgeführt wird.

Der Kranke, 35 Jahre alt, weist eine breitbasige Geschwulst im oberen Rachenraume auf. Dieselbe hat ihren Ausgangspunkt an der oberen seitlichen Wand des Rachenraumes, in der nächsten Nähe der Choanen, und verlegt die rechte Nase bis zur vollständigen Undurchgängigkeit. Die Erkrankung dauert bereits seit vielen Monaten. Die letzte Zeit verbrachte der Kranke in Kiew, wo ein augenscheinlich missglückter Versuch gemacht worden war, die Geschwulst mit der galvanocaustischen Schlinge abzutragen. Darauf kam der Patient nach St. Petersburg. Da man jedoch hier, wie in Kiew, die Geschwulst für bösartig hielt, und die Chirurgen sich zu einer Operation nicht entschliessen wollten, so wandte sich der Kranke an mich mit der direkten Forderung, die „neue electrische Behandlungsmethode" bei ihm anzuwenden. Gleich in den nächsten Beobachtungstagen trat am harten Gaumen in der Mittellinie eine Schwellung auf, die im Beginn sich eigentlich durch Nichts von einer beginnenden Periostitis unterscheiden liess. Indessen, bis ein dem Rachenraum entnommenes Präparat von einem Specialisten microscopisch untersucht wurde, wobei etwa zehn Tage vergingen, entwickelte die Geschwulst am harten Gaumen ein sehr schnelles Wachsthum und es war ausser Zweifel, dass dieselbe sich im Zusammenhange mit dem ersten Neoplasma befand. Als ich von der Diagnose „Sarcom" Kenntniss erhielt, griff ich eigentlich mit grosser Unlust zum constanten Strom. Was konnte ich auch in diesem weit vorgeschrittenen Falle von der Behandlung erwarten? Doch dem directen Wunsche des Kranken und seiner Frau, der Tochter eines Arztes, nachgebend, entschloss ich mich zur electrischen Behandlung. Auch hier lag die Frage vor — Electrolyse oder Katalyse?

Ich hatte zwei Tumoren vor mir, allerdings derselben malignen Natur, die sich aber doch durch die Schnelligkeit ihres Wachsthums scharf von einander unterschieden. Im oberen Rachenraume blieb die Neubildung in statu quo, während dieselbe am harten Gaumen sich mit jedem Tage sichtlich vergrösserte. Den Entschluss, diese letzte Neubildung electrolytisch zu zerstören, musste ich entschieden von mir weisen, denn 1) wuchs der Tumor entschieden schneller, als ich es für erlaubt halten konnte, ihn zu zerstören und 2) durfte ich gar nicht hoffen, electrolytisch operirend, nach Zerstörung der Neubildung hier gesundes Gewebe zu finden und auf diese Weise Genesung zu erzielen. Es blieb mir also nur der Weg offen, katalytisch vorzugehen, d. h. den Versuch zu machen, eine regressive Metamorphose in der Neubildung anzubahnen. Hingegen passte der Tumor im oberen Rachenraume ganz vorzüglich zu den Bedingungen einer electrolytischen Behandlung, an die ich mich denn auch machte, indem ich zugleich, um die Wirkung zu verstärken, katalytisch vorging.

Die Sitzung verlief folgendermaassen. Die positive Nadel wurde von vorn durch die rechte Nase bis an den Tumor geführt, in denselben eingestochen und sicher fixirt. Dann ging ich in zwei Tempo's vor. Zuerst führte ich durch den Mund in den oberen Rachenraum eine Doppelnadel, die mit dem negativen Pole verbunden war. So konnte

Digitized by Google

ich einen recht starken Strom anwenden, wobei nicht nur die destructive electrolytische Wirkung des Stromes an den Polen zur Geltung kommen musste, sondern auch die katalytische — hatte ich doch die Neubildung von vorn und hinten gefasst und musste der Tumor in toto durch Stromschlingen durchsetzt werden. Länger als zwei Minuten hielt es der Kranke selten aus; es wurde daher immer eine Pause gemacht, nach welcher ich noch ein oder zwei Mal durch den Mund einging. Dann wurde dem Kranken — ohne die positive Nadel aus der rechten Nase zu entfernen — eine längere Ruhepause gegönnt, worauf ich zur zweiten Hälfte der Sitzung überging, indem ich mit einer flachen Electrode (negativ) eine Weile langsam über die ganze Fläche des Tumors am harten Gaumen glitt.

Im Laufe von drei Wochen wurden auf diese Weise zehn Sitzungen durchgeführt. Die Geschwulst im oberen Rachenraum hatte sich entschieden verkleinert, die räumlichen Verhältnisse im Cavum pharyngonasale wurden grösser und ich wage zu glauben, dass, wenn es sich nur um diesen Tumor gehandelt hätte, vollständige Heilung im Bereiche des Möglichen lag. Hingegen wuchs das Neoplasma am harten und schliesslich am weichen Gaumen rapid und unaufhaltsam. Da die Cachexie schnell vorwärts schritt, eine fernere Behandlung auch nicht die geringsten Chancen zur Verlängerung des Lebens bot und der Kranke zugleich den lebhaften Wunsch äusserte, in die Heimath zurückzukehren, so unterliess ich den constanten Strom.

Ich möchte mir hier gelegentlich die Bemerkung erlauben, dass ich mich gegenwärtig in einem analogen Falle sofort zu derselben Behandlung entscheiden würde. Dieser letzte Fall hat mir auf's Schönste gezeigt, dass die schrecklichen und andauernden neuralgischen Schmerzen, mit denen einige bösartigen Neubildungen einherzugehen pflegen, sich sehr gut mittels des constanten Stromes auf lange Zeit in Schranken halten lassen. Ich war bei diesem Kranken Zeuge von Attacken, in denen er vor Schmerz wie ein Kind wimmerte und gegen die man bereits in Kiew mit allen möglichen Mitteln umsonst angekämpft hatte. Diese rasenden Schmerzen verschwanden wie durch Zauber nach der ersten Sitzung. Dabei war diese Besserung nicht nur eine zufällige und kurzdauernde, im Gegentheil, die Schmerzen traten gar nicht mehr auf während des ganzen Verlaufs der Behandlung. Wenigstens klagte der Kranke über alles Mögliche, nur nicht über Schmerzen. Nur den Tag vor seiner Abreise nach Hause, nach Wilno, etwa fünf Tage nach der letzten Sitzung, wies der Kranke wieder zum ersten Male auf Schmerzen hin.

Da dieser Fall nicht mit Genesung endigte, liegt es mir durchaus fern, hier um jeden Preis meinen Behandlungsplan als allein richtig hinzustellen. Das liegt zudem ausserhalb meines Zieles. Ich habe diesen Fall, ebenso wie die beiden vorhergehenden, nur zu dem Zwecke benutzen wollen, um hinweisen zu können, wie von mir das Verhältniss zwischen Electrolyse und Katalyse aufgefasst wird, um nachweisen zu können, wie schwierig sich oft die Behandlung mit dem constanten Strome für den Arzt gestaltet. Je schwieriger die Aufgabe, desto freier und selbstständiger muss sich der Arzt bei dem Zurechtstellen des Behandlungsplanes fühlen, und ich wiederhole, dass das nothwendige freie Feld für unsere Combinationen, meiner Ueberzeugung nach, uns zuvörderst nur

Digitized by Google

durch strenges Auseinanderhalten der beiden besprochenen Methoden gesichert wird.

Indem ich meinen Vortrag schliesse, ersuche ich Sie nochmals, sich von dem Gedanken frei zu machen, dass wir es hier wiederum mit jener alten Katalyse zu thun haben, welche uns bei unseren ersten Schritten auf dem Wege der Electrophysiologie, Electrotherapie und selbst der Chemie entgegentrat. Jene Katalyse war ein unwissenschaftlicher Terminus, der eine Theorie ersetzen sollte. Die Katalyse, wie ich sie hier gegenwärtig vertrete, ist eine ganz bestimmte klinische Methode, allerdings noch recht jung an Resultaten und noch wenig studirt, aber immer ein Factum, das von jeder Theorie unabhängig ist.

Hiermit hat für mich die Electrolyse eine doppelte Bedeutung: als electrochemische Theorie und als Methode. Als Behandlungsmethoden stehen Electrolyse und Katalyse auf demselben Boden, d. h. sie haben dieselbe electrochemische Theorie (Electrolyse) gemein. Während jedoch Theorie Theorie bleibt, d. h. bereits morgen fallen gelassen werden kann, werden Electrolyse und Katalyse, als Behandlungsmethoden, stets klinische Erscheinungen und klinische Facta bleiben. Und wenn ich zur Stunde und entgegen der herrschenden Ansicht mich gezwungen fühle, in dieser Frage mit meinem bescheidenen Können einzutreten, so ist es, weil diese Frage nicht der Scholastik entspringt, sondern uns von der Praxis direct aufgezwungen wird.

II. Referate.

Pharyngo-laryngologische:

Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. (Deux cas de surdité hystérique.) Von Dr. Cartaz. (Französ. Gesellsch. f. Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Diese Fälle sind nach Gradenigo nicht so selten, wie allgemein angenommen wird. Verf. erzählt einen Fall von einem 16jähr. Mädchen, welches nach einer kräftigen Ohrfeige Assythyrie nebst beiderseitiger Taubheit und Hemianästhesie der ganzen Körperhälfte bekam, heilte durch einmalige Anwendung des electrischen Stromes auf weichen Gaumen und Hals; die Untersuchung des Gehörorganes war negativ ausgefallen. Der zweite Fall betrifft eine 35jährige Frau, welche durch heftige Gemüthsbewegung blind und taub wurde; die Untersuchung ergab ebenfalls nichts Auffallendes. Heilung durch Anlegen zweier grosser Magneteisen auf beide Körperhälften. Dr. P. K.

Thyroidectomie. (De la thyroidectomie.) Von Dr. Péan. (Académie de médecine, Séance du 1 Mai 1894 und Semaine méd. No. 26, 1894.)

Wegen eines malignen Tumors musste Verf. die Schilddrüse nebst einem Theil der Cartilago cricoidea und die fünf oberen Trachealringe entfernen. Nach drei Tagen führte P. eine Trachealcanüle ein, um die Narbenretraction zu verhindern. Seither hat P. einen Apparat angelegt, mittels welchem Pat. sprechen und seinen Beschäftigungen nachgehen kann. Dr. P. K.

Digitized by Google

Spätere Folgen der Thyroidectomie. (Accidents tardifs de la thyroidectomie.) Von Dr. Gley. (Société de biologie, Séance du 19 Mai 1894 und Semaine médicale No. 30, 1894.)

Verf. stellt eine Ziege vor, an welcher er vor 18 Monaten die Thyroidectomie ausgeführt. Selbe stellt alle Zeichen des Myxoedems, so wie es beim Menschen nach dieser Operation vorkommt, dar.

Dr. P. K.

Blutung nach Tonsillotomie, ihre Ursachen und geeignete Behandlung. (Hämorrhage following tonsillotomy, its causes and approbriate treatment.) Von Philipp R. W. de Santi, London. (Lancet, 13. Jan. 1894.)

Ausser den bekannteren Statistiken von M. Mackenzie, Lennox Browne und Capart führt Verf. noch eine Zusammenstellung in dem „Annual of the university medical sciences" an, nach welcher sich unter 20,000 Fällen nur 9 Blutungen ereigneten und eine weitere von Wright in Brooklyn, der in der Literatur der letzten 25 Jahre nur 31 Fälle von Blutung aufgefunden habe. Unter den letzteren stand die Blutung in einem Drittel der Fälle auf einfache Mittel, in 2 Fällen auf Erbrechen, zweimal wurde die Carotis communis unterbunden und einmal der Stumpf durch Ligatur en masse. Die 2 einzigen Todesfälle nach Tonsillotomie, welche Verf. auffinden konnte, rühren von Broca her; in dem einen derselben handelte es sich wohl um eine Abnormität der Carotis. Er berichtet dann über weitere Beobachtungen starker Blutungen von Semon, Lane, Downie, Stanley, Nélaton, Billroth, Litten. Er selbst sah in der Praxis von Kollegen 3 Fälle. Der Kranke von Stanley starb nach der Unterbindung der Carotis an Hirnerscheinungen. In dem Falle von Litten musste ebenfalls die Unterbindung der Carotis gemacht werden. Die Blutung trat in einigen Fällen erst 6 Stunden bis 4 Tage nach der Operation auf. Er kommt schliesslich zu dem Ergebniss, dass ein fataler Ausgang der Blutung nach Tonsillotomie beinahe unbekannt sei, dass schwere Blutungen selten genug seien und dass die gewöhnlichen von selbst stehen. Sie würden besonders oft bei Erwachsenen beobachtet nach Operation mit dem Messer. Mitunter seien sie durch Hämophilie verursacht, gewöhnlich indessen durch abnormen Verlauf der Arterien, so durch einen abnormen Verlauf der Pharyngea ascendens, durch abnorm weite Art. tonsillaris, abnorm verlaufende Carotis interna, durch ein grosses Gefäss in dem vorderen Gaumenbogen, durch eine Wunde in dem Plexus venosus am unteren Umfang der Mandel und namentlich durch offenstehende Arterien bei Erwachsenen. Bei der Besprechung der Behandlung empfiehlt er Tannin und Acid. gallarum 3 : 1, das Compressions-Instrument, das zuerst von Clendinnen angegeben worden sei, oder eine mit Leinen umwickelte lange Zange oder die Unterbindung en masse, eventuell unter Anästhesie. Butler habe eine Nadel durch den Stumpf gestochen und dahinter unterbunden. Vor der Unterbindung der Carotis solle man erst die Digitalcompression versuchen. Treves habe empfohlen, die Schlinge nur lose um die Carotis zu legen und die Blutung durch zeitweises Anziehen des Fadens zu stillen, was ihm öfter gelungen sei. M. Schm.

Digitized by Google

Fall von Larynxcarcinom durch Thyrotomie behandelt. (Un cas de cancer intrinsèque du larynx traité par la thyrotomie.) Von Dr. Dundas Grant. (British Med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Tracheotomie mit Tamponade mittelst der Hahn'schen Canüle, Thyrotomie und Excision des Tumors. Heilung ohne Recidive.

Dr. P. K.

Thyrotomie wegen Larynxpapillom. (Thyrotomie pour papillomes du larynx.) Von Dr. Mules. (Manchester Medical Society, British med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Tracheotomie bei einem 4jährigen Kinde wegen Larynxpolypen. Thyrotomie und Extraction von 25 von einander unabhängigen Polypen, welche bis zum ersten Trachealring sich ausdehnten. Heilung.

Dr. P. K.

Oesophagusdivertikel und Oesophagushusten. (Des diverticules de l'oesophage et de la toux oesophagienne.) Von Dr. Klemperer, Dr. Landgraf und Dr. Leyden. (Société de médecine interne de Berlin, Séance du 4 et 11 Juin 1894 und Semaine médicale No. 38, 1894.)

Die Divertikel befinden sich immer im oberen Oesophagusdrittel; sie können die Dimensionen von 14 Ctm. Länge und 4 bis 6 Ctm. Breite erlangen; wenn selbe das Oesophaguslumen verstopfen, so ist die Ernährung unmöglich und der Patient geht an Inanition zu Grunde. Der vorgestellte Patient trägt sein Divertikel seit 2 Jahren und hat den sog. Oesophagushusten. Wenn die Patienten wohlhabend sind, so können sie sich zweckentsprechend ernähren und relativ lange leben. Alle von den peripheren Aesten des Pneumogastricus versorgten Organe können Hustenreflex auslösen und mit Nothnagel muss man einen Pleura-, Bronchial-, Magen-, Oesophagus- und Herzhusten annehmen. Dr. P. K.

Todesfall durch Bromäthyl. (Sur un cas de mort par le bromure d'éthyle.) Von Dr. Duplay. (Académie de méd., Séance du 19 Juin 1894 und Semaine médicale No. 36, 1894.)

Beobachtung des Dr. Suarez de Mendoza, nach dem von Billroth beobachteten Fall ist es der zweite; das Bromäthyl kann durch Syncope ebenso wie das Chloroform tödten; man soll also dieselben Vorsichtsmaassregeln wie beim Chloroform nehmen. Dr. P. K.

INHALT.

Originalien: Guranowski: Ein Fall von tuberculöser Otitis media, nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesse. — Lamann: Zur Frage über die Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode. — Referate. Pharyngo-laryngologische: Cartaz: Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. — Péan: Thyroidectomie. — Gley: Spätere Folgen der Thyroidectomie. — de Santi: Blutung nach Tonsillotomie, ihre Ursachen und geeignete Behandlung. — Grant: Fall von Larynxcarcinom durch Thyrotomie behandelt. — Mules: Thyrotomie wegen Larynxpapillom. — Klemperer, Landgraf und Leyden: Oesophagusdivertikel und Oesophagushusten. — Duplay: Todesfall durch Bromäthyl.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

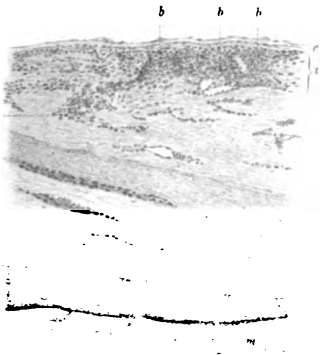
Digitized by Google

Digitized by Google

Verlag

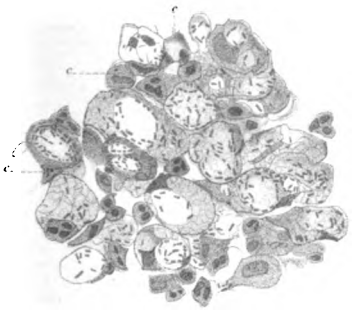
Digitized by Google

4.

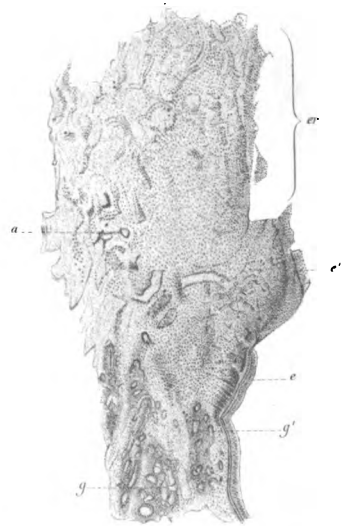


5.

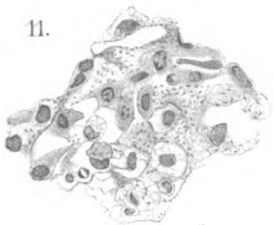
8.



9.



11.



12.

Lith. Gosecke & Devrient

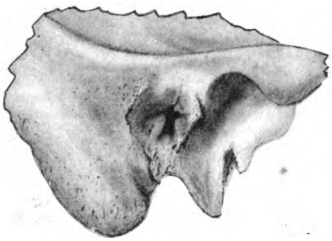
Coblentz.

Digitized by Google

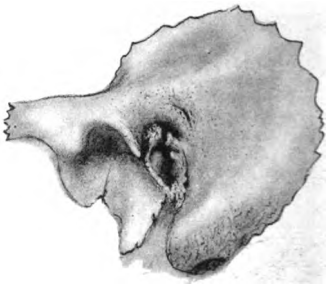
Digitized by Google

Digitized by Google

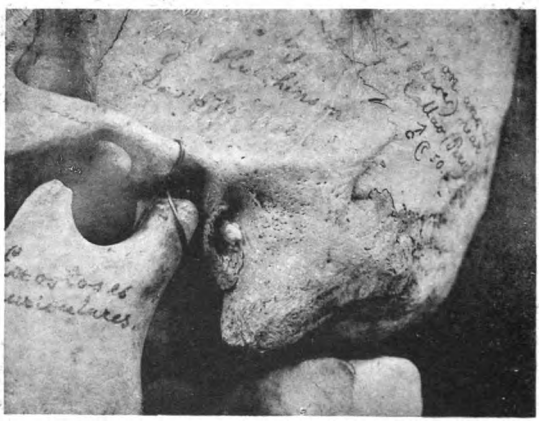
1



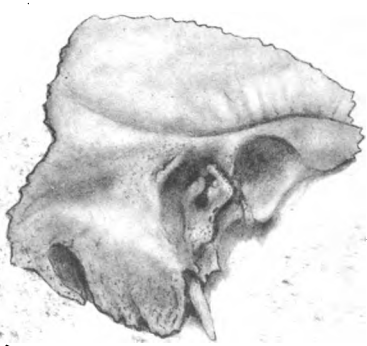
2



3

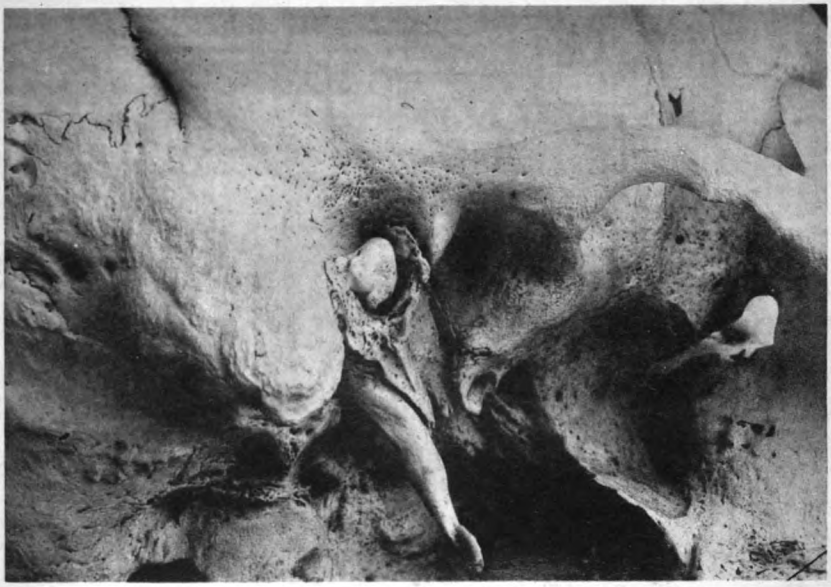


6

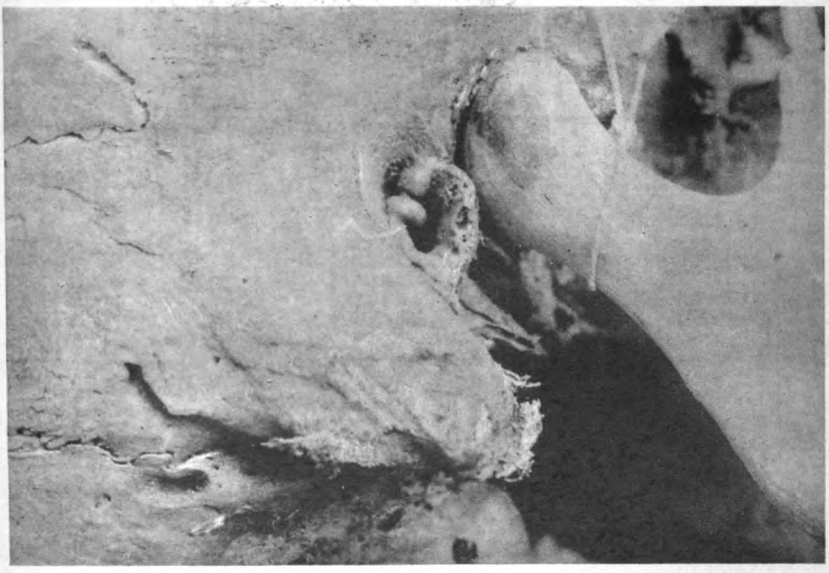


Digitized by Google

4



5



Digitized by Google

Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 35.

Digitized by Google

Gomperz. Lipom der Nasenhöhle.

Vergrösserung 10 1.

Verlag v. Oscar Coblentz, Berlin.

Lichtdruck v. A. Frisch, Berlin.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per jahrg.27-28
stack no.104

Monatsschrift f ur Ohrenheilkunde und La

3 1951 002 684 096 K

Digitized by Google